VISIT…

VISIT…

Спасибо, что скачали книгу в бесплатной электронной библиотеке Royallib.ru
Все книги автора
Эта же книга в других форматах

Приятного чтения!

Мишель Фуко
Психическая болезнь и личность

Предисловие

Психиатрия приближает нас к жизни: она может вырабатывать коррективы не для философского мышления, но для философа, который им владеет…
Эжен Минковски. Проживаемое время

Принято считать, что первой книгой Мишеля Фуко является всем известная «История безумия в классическую эпоху»: от этой работы обычно начинают отсчет эволюции мысли Фуко, ее противопоставляют всем остальным, имея в виду ранний период его творчества, и называют той работой, где впервые во всей красе появляется не дающий покоя исследователям «археологический метод». Надо признать, что Фуко сам положил начало такой «моде»: на протяжении всей жизни титулом «моя первая книга» он награждал именно «Историю безумия». Но за ней как тень, с теми же очертаниями и изгибами мысли, но более призрачными идеями всегда стояла другая работа, действительно его первая книга — «Психическая болезнь и личность».

Эта работа вышла в 1954 г., за семь лет до «Истории безумия», и ее написанию предшествовала длительная история увлечения Фуко психологией и психиатрией. Маргинальные элементы общества и сам процесс маргинализации всегда были его излюбленными темами, и в этом ракурсе для раннего Фуко безумие предстает отправным пространством проблематизации маргинальности. Впоследствии на смену психическому заболеванию придет сексуальность и делинквентность, место психиатрической больницы займет тюрьма и само «большое общество», но безумие навсегда останется исходной темой его творчества.

За «Психической болезнью и личностью» стоит как своеобразный «онтогенез» представлений Фуко, так и «филогенез» психиатрии и философии, позволившие не только возникнуть в середине XX века пространству философско-клинической рефлексии, но и сформировать на основе предшествующих построений этот важный для Фуко синтез.

Фуко и психиатрия

Психология и психиатрия привлекают Фуко уже в студенческие времена. У истоков этого интереса стоит Жорж Гюздорф, который в 1946–1947 гг. вместе с Жоржем Домезоном читает на курсе Фуко психопатологию. Лекции в Эколь Нормаль и посещение госпиталя Св. Анны дополняются ежегодными недельными поездками студентов в расположенную вблизи Орлеана клинику Флери-лез-Абро. В госпиталь Св. Анны своих студентов водит в то время и Луи Альтюссер. Именно благодаря ему Фуко начинает посещать лекции работавшего там Анри Эя и знакомится с группой «Психиатрическая эволюция», основанной Эйем совместно с Эженом Минковски.

Разумеется, интересуясь психиатрией, Фуко не обходит вниманием и психологию. В 1948–1949 гг. он посещает лекции Даниэля Лагаша, известного сторонника синтеза

клинической психологии и психоанализа, а затем поступает в Институт психологии, где его преподавателями становятся Жан Делай (тот самый Делай, у которого в 1930-х гг. работал молодой Лакан, и тот, кто вместе с Пьером Деникером в 1948 г. синтезировал первый нейролептик — хлорпромазин), Пойе и Пьер Пишо. Последний, наблюдая за чрезвычайно инициативным и любознательным молодым человеком, тогда спросил: «Вы хотите заниматься научной психологией или такой, какую преподает Мерло-Понти?» По-видимому, критическое отношение Фуко к психологии, которое в «Психической болезни и личности» заставит его искать основания психологии «настоящей», уже тогда было заметно невооруженным глазом. Он не переставал потешаться над ней в течение всей жизни, его забавляла ее наивная и ни на чем не основанная терминология, ее абстрактные схемы[1].

Такой настрой по отношению к «научной» психологии не мешает Фуко увлечься проективными методиками, в частности знаменитым Тестом чернильных пятен Роршаха. Как известно, тест чрезвычайно прост в проведении (пациенту предлагают назвать, что он видит на карточке, где изображены специально подобранные Роршахом чернильные пятна) и, как и все проективные методы, весьма сложен и неоднозначен в интерпретации. По-видимому, эта свобода толкования и интерпретации и привлекли Фуко. Во всяком случае, купив набор, он проводит тестирование всегда, когда ему представляется такая возможность, и, протестировав множество своих знакомых, даже составляет на основании полученных результатов типологию индивидуальностей.

Центральной фигурой, благодаря которой Фуко входит в пространство психиатрии, становится Жаклин Вердо, приятельница его матери, которую та просит присматривать за ним в Париже. Ее муж Жорж готовит диссертацию у Жака Лакана и руководит электроэнцефалографической лабораторией в госпитале Св. Анны, там работает и Жаклин. В то время Вердо по предложению Андре Омбредана переводит с немецкого работу психиатра Роланда Куна «Феноменология маски»[2]. Чуть позже, когда Вердо отдыхает в Швейцарии, на озере Констанс, Омбредан предлагает ей для перевода работу другого психиатра, жившего в трех километрах от Мюнстерлингена, где она тогда находится, — Людвига Бинсвангера. Она посещает Бинсвангера, и тот после долгих расспросов достает одну свою маленькую двадцатистраничную статью «Сон и существование», которую и предлагает для перевода. Любопытно, что и Кун, и Бинсвангер были тогда практически неизвестны во Франции, и с этой работы должно было начаться знакомство с экзистенциальным анализом. Поскольку статья была насыщена философской терминологией, Вердо просит помощи у Фуко, который соглашается выступить консультантом перевода. В 1952–1953 гг. для работы над переводом они часто встречаются в кабинете Фуко в Эколь Нормаль, а также несколько раз ездят в Швейцарию и показывают перевод Бинсвангеру и Куну. Во время первой поездки в клинику Куна в Мюнстерлингене они попадают на карнавал «Жирный вторник», традиционно проходивший перед предшествующим Пасхе католическим постом. Пациенты и персонал наряжаются в костюмы и маски, а в конце вечера эти маски бросают в огонь, как бы принося жертву фигуре Карнавала. Фуко настолько поражает это зрелище, что он говорит Вердо: «Это не карнавал безумия, это карнавал смерти».

После окончания перевода, Вердо предлагает заинтересовавшемуся текстом Фуко написать к нему предисловие. «Бели вам понравилась книга, напишите к ней предисловие», — говорит она, не предполагая, чем это обернется. Фуко не заставляет ее долго ждать, и вскоре Вердо получает масштабный конверт с надписью: «Вот вам

---

[1] См.: *Foucault M.* La Recherche scientifique et la psychologie // Des Chercheurs Fran?ais s'inerrogent. Orientation et organisation du travail scientifique en France / Ed. J.-E. Morene. P., 1957. P. 173–201.

[2] *Kuhn R.* Phenomenologie du masque: *k* travers le test de Rorschach /Trad. J. Verdeaux. Preface de G. Bachelard. P., 1957.

пасхальное яйцо», — предисловие превосходит работу Бинсвангера в 2 раза[3]. Но сам Бинсвангер одобряет текст, и в 1954 г. перевод вместе с предисловием выходит в издательстве «Desclee de Brouwen» в серии «Антропологические тексты и этюды».

Приблизительно в тот же период Фуко предлагает директору издательства «La Table Ronde» К. Дюамелю еще два своих проекта — сборник статей «История смерти» и монографию «История психиатрии», но ни одно из этих начинаний он так и не реализует. Кроме того, в 1953 г. Дени Гюйсман, желая расширить «Историю философии» словаря Альфреда Вебера, просит Фуко написать эссе «Психология с 1850 до 1950 гг.»[4]. В этой работе, как и в «Психической болезни и личности», стремясь найти характеристики научной психологии, Фуко отмечает, что психология может стать таковой лишь в том случае, если обратится к условиям человеческого существования.

Одновременно с теоретическими штудиями в области психиатрии Фуко погружается и в практическую деятельность. С 1955 г. он работает стажером в госпитале Св. Анны. «Я мог располагаться на границе между миром врачей и миром больных. Хотя, конечно же, у меня не было ни привилегий врачей, ни, тем более, печального статуса больного»[5], — скажет он позднее[6]. Кроме того, с 1950 г. Фуко работает психологом в тюрьме Фресне, где супруги Вердо по запросу Министерства здравоохранения открывают элеюроэнцефалографическую лабораторию.

Несмотря на большой интерес к тому, что происходит в стенах психиатрической больницы, Фуко постепенно отходит от практики психиатрии и начинает заниматься лишь ее теорией. Одной из причин отказа от работы психологом сам он впоследствии называет слишком жесткое лечение больных с помощью электрошока и лоботомии. «Изучив философию, я захотел увидеть, что такое безумие: я был достаточно безумным, чтобы изучать разум, а потом стал достаточно разумным, чтобы изучать безумие. <…> Это была эпоха расцвета нейрохирургии, начала психофармакологии, господства традиционных институтов. В первое время я принимал все это как необходимое, но по прошествии трех месяцев (медленно соображаю!) я начал задаваться вопросом: „Почему же все это необходимо?“ Прошло три года, я бросил эту работу и отправился в Швецию, с чувством большой неловкости за самого себя; там я начал писать историю своей практической работы и осмыслять ее»[7].

На это негативное отношение к психиатрии наложился и личный опыт Фуко. Работая психологом, он подружился с пациентом которого называл Роже, — госпитализированным по настоянию семьи и страдающим депрессивным психозом. После безуспешной фармакологической терапии Роже подвергли префронтальной лоботомии. Такая стратегия — «уничтожить болезнь, уничтожив больного», — по мнению Фуко, не могла привести к выздоровлению.

Академическая деятельность Фуко в то время была также тесно связана с психологией.

---

[3] *Foucault M.* Introduction // Binswanger L. Le Reve et l'existence. Introduction et notes de M Foucault / Trad. J. Verdeaux. P., 1954. P. 9–128. (Статья Бинсвангера занимает в этом издании 65 страниц.)

[4] *Foucault* M La Psychologie de 1859–1950 // Histoire de la philosophie еигорёеппе. T. 2. Tableau de la philosophie contemporaine / Eds. A. Weber, D. Huisman. P., 1957. P. 591–606.

[5] *Фуко М.* Власть, великолепный зверь // Фуко М. Интеллектуалы и власть: Избранные политические статьи, выступления и интервью. Ч. 3 / Пер. с фр. Б. М. Скуратова. М, 2006. С. 8.

[6] Примечательно, что когда-то почти такой же статус был в Гейдельбергской клинике у Карла Ясперса, что дало ему свободу действий и возможность заниматься собственными исследованиями.

[7] *Фуко М.* Истина, власть и самость // Интеллектуалы и власть. Ч. 3. С. 289–290.

С осени 1951 до весны 1955 г. он читает лекции по истории психологии в Эколь Нормаль и водит своих студентов в госпиталь Св. Анны; с октября 1952 г. преподает психологию и историю в университете Лилля, отводя значительное время психоанализу, экзистенциальному анализу Бинсвангера и Куна, а также психофизиологии Павлова. Как мы видим, говорит он тогда о том же, о чем одновременно пишет в своей первой книге.

«Психическая болезнь и личность»: сюжет

Работу «Психическая болезнь и личность» по праву можно назвать и научным трудом, и литературным произведением: блестящий стиль, убаюкивающая длительность, переносящая читателя от периода к периоду, сперва обнадеживающие, а затем вновь возвращающие к искомым предположениям сюжетные линии, тонко прорисованные картины — все это выдает не только научный, но и литературный дар.

В этой работе перед нами предстает самый что ни на есть молодой Фуко, еще даже не структуралист; но феноменолог. Если «История безумия» действительно воплощает первый луч его гениальной интуиции, то «Психическая болезнь и личность» показывает тот путь, который предшествовал этому мгновенному озарению. В центре работы стоит сквозная для всего творчества Фуко тема — психическое заболевание, но здесь оно еще не столько безумие со всеми социальными отсылками, со всем комплексом отчужденности от общества и со всей своей историчностью, сколько психическая болезнь, несущая за собой длинный шлейф теорий, стремящихся отразить ее природу и сущность.

В основе сюжета работы лежит диалектика возможного и необходимого, как по своему духу, так и по области применения, несомненно, отсылающая нас к Мерло-Понти. Не случайно, курс Мерло-Понти в Эколь Нормаль был единственным курсом за все обучение, ни одной лекции из которого Фуко не пропустил. Это именно он в своей «Феноменологии восприятия» обозначил возможное и необходимое как основное пространство лицедейства психического заболевания. Поднявшись на один виток спирали — точно так же, как позднее по отношению к его собственной эпистемологии в «Забыть Фуко» сделает Ж. Бодрийяр, — Фуко переносит эту диалектику изнутри заболевания вовне, измеряя ею уже не внутренний феноменальный мир безумия, а пространство его научной рефлексии.

Надо признать, что влияние Мерло-Понти не ограничивается в этой работе и последующем творчестве лишь влиянием интеллектуальным. Заметно, что стиль «Психической болезни и личности» очень напоминает «Феноменологию восприятия» — своей диалектичностью, постоянным столкновением противоположных позиций, манерой следовать за логикой какой-либо концепции и доводить эту логику до конца, показывая ошибочность идеи и возникающие противоречия, а также, несомненно, той тонкостью и изяществом литературной и идейной ткани, за видимой непрозрачностью которой нам всегда открываются настоящие жемчужины.

В поиске того, что предшествует психическому заболеванию и делает его не только и не столько возможным, сколько необходимым, Фуко путешествует от теории к теории, каждый раз примеряя на себя, словно национальные одежды, идеи о природе и сущности патологии, каждый раз, от главе к главе, как бы на миг очаровывается ими, проникая в них изнутри, и, вскрывая противоречие, движется к другому берегу. На его пути, таким образом, встречаются концепция органической целостности и психогенеза, эволюционизм, психоанализ и экзистенциально-феноменологическая психиатрия. На их основании, «вернувшись в родные края», он набрасывает свой первый проект исторической эпистемологии безумия, впоследствии завершенный в «Истории безумия».

Пунктом отправления оказывается в этой работе концепция органической целостности. Любопытно, что в соответствующей главе («Психическая и органическая медицина»), а также в той, что касается эволюционизма (чего мы еще коснемся), за названными именами классиков психиатрии XIX и начала XX века в качестве основной мишени для критики незримо присутствуют две фигуры, тесным образом связанных как друг с другом, так и с

интеллектуальной эволюцией самого Фуко — Курт Гольдштейн и Морис Мерло-Понти.

Именно Курт Гольдштейн стал автором холистической теории психики, лежащей в основе теории органической целостности. Этот немецкий невролог и психиатр до сих пор признается пионером современной нейропсихологии на Западе. С 1906 по 1914 г. он работает в Психиатрической клинике Кенигсберга. В 1933 г. как еврей по происхождению эмигрирует в Голландию, в Амстердам, где в 1934 г. выходит его центральная и самая знаменитая работа «Организм». В ней он на основании исследования и опыта лечения органических расстройств головного мозга во время Первой мировой войны и гештальт-психологии предлагает собственную холистическую теорию. Эти идеи Гольдштейна оказывают значительное влияние на формирование взглядов Э. Кассирера, Л. Бинсвангера, Ж. Кангийема, М. Мерло-Понти. Так, в центре «Феноменологии восприятия» Мерло-Понти стоит идея Гольдштейна о том, что «в действительности повреждения нервных центрор и даже нервных волокон выражаются не в утрате тех или иных ощутимых качеств или сенсорных данных, но в упрощении действия функции»[8].

Фуко категорически отвергает концепцию органической целостности, и в этой позиции, также не свободной от влияния предшественников, прорисовывается еще одна фигура — Жорж Кангийем. В своей работе «Нормальное и патологическое», к английскому переводу которой несколько лет спустя Фуко напишет предисловие[9], Кангийем говорит о господствующей в медицине идее общей, унитарной патологии, вследствие принятия которой медицина сохраняет свое единство и одновременно рождает множество противоречий. Именно эта идея является у Фуко отправной, от нее он отталкивается во введении и ее развивает в первой главе. В качестве наиболее яркого примера он приводит здесь понятие целостности в холизме Гольдштейна. А сама идея «метапатологии» еще не раз мелькнет в творчестве Фуко и станет одной из центральных в его работе о медицинской практике — «Рождение клиники»[10].

Консгитуированию единого пространства метапатологии препятствует, как отмечает Фуко, характерная для психопатологии невозможность абстрагирования от конкретного больного, невозможность четкой фиксации перехода нормального в патологическое, а также разделения больного и окружающей его среды. Эти различия диктуют новые ориентиры анализа, новые методы и новые подходы. «Стало быть, — пишет Фуко, — необходимо, доверяя человеку самому по себе, а не отталкивающимся от болезни абстракциям, проанализировать специфику психического заболевания, отыскать конкретные формы, которые оно может принимать в психологической жизни индивида, затем выяснить условия, сделавшие возможными эти различные аспекты, и восстановить целостную каузальную систему, которая лежит в их основе».

Фуко принимает постулат Кангийема о том, что «быть больным — значит жить другой жизнью, даже в биологическом смысле этого слова»[11], и ставит в основу своей работы вопрос о том, почему появляется эта *другая* жизнь и что за ней стоит. По-видимому, под влиянием Кангийема в работе «Психическая болезнь и личность» наравне с диалектикой возможного и необходимого появляется и еще один план — диалектика внутреннего и

---

[8] *Мерло-Понти М.* Феноменология восприятия / Пер. с фр. под ред. И. С. Вдовиной, С. Л. Фокина. СПб., 1999. С. 109.

[9] *Foucault* M. Introduction // Canguilhem G. On the Normal and the Pathological / Trans. C. Fawcett. Boston, 1978. P. IX–XX. Русск. пер.: *Фуко М.* Жизнь: опыт и наука / Пер. с фр. С. В. Табачниковой // Вопросы философии. 1993. № 5. С. 43–53.

[10] *Фуко М.* Рождение клиники / Пер. с фр. А. Ш. Тхостова. М., 1998.

[11] *Canguilhem G.* On the Normal and the Pathological. P. 44.

внешнего. Именно Кангийем говорит, что медицина всегда колеблется между двумя представлениями о болезни: как о борьбе организма с чем-то по отношению к нему внешним и как о внутреннем для организма противостоянии некоторых сил. Такое разделение ляжет у Фуко в основу структуры работы и станет принципом разбиения на главы.

Первая часть, касающаяся внутреннего плана психического заболевания, сразу же помещает в фокус своего внимания тесно связанный с теорией органической целостности органо-динамизм. Его основной фигурой в органической медицине считается Джон Хьюлингс Джексон, сформулировавший свою теорию под влиянием «Происхождения видов» Чарльза Дарвина. Джексон считал, что деятельность центральной нервной системы связана с иерархической организацией ее функций, которые последовательно появляются в процессе развития нервной системы. Каждая из функций соответствует определенному уровню этой иерархической организации. Высшие уровни регулируют и тормозят активность низших, и поэтому при их поражении, с одной стороны, исчезают соответствующие этому уровню функции, а с другой — высвобождается активность функций, связанных с низшим уровнем. В работе «О факторах безумия» (которую и цитирует в настоящей работе Фуко) Джексон применяет свои идеи к области психиатрии.

Самым известным последователем Джексона во Франции был Анри Эй, и именно его идеи становятся здесь одной из основных мишеней критики Фуко. Эй, один из центральных персонажей интеллектуальной психиатрии Франции, с 1948 г. проводит исследования, в которых стремится заложить основы естественнонаучного изучения безумия. Его органо-динамическая теория шизофренической регрессии становится своеобразным (но не вполне удачным) вариантом неоджексонизма[12]. В третьем томе своей работы «Психиатрические исследования» Эй останавливается на острых психозах и происходящем при психическом заболевании деструктурировании сознания. Работа содержит многочисленные отсылки к идеям Гуссерля и Бинсвангера. По-видимому, под их влиянием Эй приходит к тому выводу, который тогда уже звучал из уст представителей феноменологической психиатрии в Швейцарии и еще прозвучит в экзистенциальном анализе. В начале параграфа, посвященного исследованию сознания, он пишет: «Есть слова, которые нас пугают. Конечно, мы не преодолеваем этого страха даже сейчас, когда в центр ненормальной психической жизни ставится сознание, поскольку оно находится в центре существования, но не как бессмысленное слово или божественная машина, а как фундаментальная структура реальности, которая определяет жизнь человека и сама является реальностью»[13]. Отталкиваясь от исследования структуры сознания в острых психозах, Эй подходит к проблеме структуры сознания вообще и, опираясь на идеи Гуссерля и Хайдеггера, идет от патологического к нормальному, определяя различные степени деструктурированности сознания.

Такая органо-динамическая установка, как считает Фуко, приводит к появлению в пространстве психопатологии двух мифов, которые и стоят в основе всех соответствующих теоретических построений: мифа о существовании некоей психической сущности и мифа о схожести психики душевнобольного, ребенка и человека примитивной культуры. Подчеркивая потребность не в отказе от этих «мифов», а в их конструктивном переосмыслении, Фуко здесь впервые намечает потенциальные векторы необходимости, коренящиеся в пространстве индивидуального опыта и пространстве развития (пока еще не социального, а индивидуального). Оба этих вектора приводят его сначала к психоанализу, а затем к экзистенциально-феноменологической психиатрии.

Надо признать, что отношение Фуко к психоанализу в этой работе намного более позитивное, чем в его последующем творчестве. Фрейд выступает для него тем человеком,

---

[12] См.: *Ey H.* Des idees de Jackson a un modele organo-dynamique en psychiatrie. Privat, Toulouse, 1975.

[13] *Ey H.* Etudes psychiatriques. Vol. III. P., 1954. P. 653.

который обеспечил «доступ к историческому измерению человеческой психики», а также выделил смыслообразующий элемент этого исторического измерения — тревогу. Несмотря на то, что в работе периодически мелькает упоминание о мифологическом характере психоанализа, Фуко именно на примере психоанализа показывает взаимосвязь внутреннего и внешнего измерений болезни.

Примечательно, что в «Психической болезни и личности» и в «Истории безумия», которые разделяет всего около семи лет, Фрейду приписываются совершенно разные заслуги. Если в первой, как мы уже упоминали, это, главным образом, открытие исторического измерения человеческого существования, то во второй за Фрейдом признается уже другое достижение — возвращение безумия к его языку и установление таким образом возможности диалога с безумием[14]. О первом открытии Фуко упоминает здесь лишь вскользь. «…Причастность истории очень скоро будет забыта: уже Фрейду придется очищать ее от наслоений эволюционизма, и он осуществит это не без труда и, возможно, не самым радикальным образом», — пишет он.

В «Психической болезни и личности» психологическая история оказывается тесным образом взаимосвязанной с тревогой, которая, обладая конституирующе-конституируемой природой, одновременно и проявляется в поведении и предшествует ему, как бы задавая стиль и направленность психологической истории. Тревога выполняет, таким образом, функцию *a priori* существования, и постулируя это, Фуко перемещает свое внимание от психологической необходимости к экзистенциальной, от психоанализа к экзистенциально-феноменологической психиатрии.

Феноменологическая психология, как называет это направление Фуко, переходит от травмирующего опыта к осознанию больным своей болезни. Она предстает в этой работе теорией, затрагивающей наиболее глубинные структуры патологического сознания и мира, своеобразной кульминацией исследования внутренних измерений болезни, и ее изучение закономерно приводит к вопросу: «…если субъективность безумного (insense) одновременно и возникает в мире, и есть отказ от него, то не в самом ли мире следует искать тайну этой загадочной субъективности?».

От внутренних измерений болезни Фуко, таким образом, переходит к ее внешним условиям. И здесь, несомненно, самой любопытной частью работы оказывается глава «Исторический смысл психического отчуждения». Именно в ней Фуко представляет первый набросок генеалогии безумия, которая впоследствии будет развита в «Истории безумия». Исходной предпосылкой этой генеалогии является утверждение о том, что «каждая культура создает из болезни образ, характер которого очерчивается всеми вытесняемыми или подавляемыми ею антропологическими возможностями». Но Фуко помещает это утверждение в историческую перспективу и задается вопросами о том, каким образом в культуре возникает необходимость закрепить за больным статус не вписывающегося в ее рамки девианта, и как общество выражается в этих формах опыта, которым само же и отказывает в признании.

Под историческим взглядом Фуко возникают многочисленные лики безумия, которые, сменяясь от эпохи к эпохе, отражают особенности современной им культуры. Для обозначения этих своеобразных исторических типов Фуко использует различные понятия, при этом наделяя традиционные термины различными смыслами.

1) *Безумец как одержимый* (possede) — до XVII в.

Исходной формой отчуждения безумия Фуко представляется бесноватость, одержимость, которая, вытесняя больного за границы мира праведных, тем не менее оставляет его в пределах христианского мира. Связываясь исключительно с телом, обладающий им демон и бес еще оставляет свободной человеческую волю.

2) *Безумец как безрассудный, помешанный* (insense) — XVII–XVIII вв.

---

[14] *Фуко М.* История безумия в классическую эпоху / Пер. с фр. И. К. Стаф. М, 1997. С. 339–340.

Начиная с эпохи Возрождения безумец предстает не как одержимое тело, но как одержимый дух, утрачивая свободу воли. Как следствие, появляется новая клиническая практика, которая становится на службу защиты от безумного духа не только окружающих безумца людей, но и его самого.

3) *Безумец как лишенный ума и прав* (demence)— XVIII–XIX вв.

Безумие утрачивает свою дьявольскую природу и теперь связывается исключительно с природой человеческой. Оно предстает людской слабостью и следствием заблуждения, но эта слабость еще не определена, а это заблуждение еще не связано с социальными последствиями.

4) *Безумец как отчужденный и чужак, как сумасшедший* (aliene) — XIX–XX вв.

За безумцем признается утрата той высшей способности человека, которую дала ему буржуазная революция, — свободы. Психическая болезнь окончательно связьгоается с потерей статуса свободного и полноправного гражданина и приводит к утрате дееспособности. Следствием отчужденности больного от самого себя оказывается делегирование социальной личности и социальной ответственности, перенесение прав свободы личности на другого и появление опеки над больными.

Это многообразие ликов психической болезни в «Истории безумия» дополнится еще двумя элементами. Во-первых, одним из наиболее красочных образов этой работы становится «дурак», типаж которого сохраняется до формирования «классического» сознания безумия. Во-вторых, не надо забывать, что, описывая рождение психиатрической клиники, Фуко говорит о следующем за «чужаком» лике безумца — о безумце как «психически больном»; конституирование его образа и связано с той больничной практикой, фундамент которой он так красочно описывает. И наконец, у Фуко всегда есть просто «безумие» (folie) в самом широком смысле этого слова — как предмет исследования, сохраняющийся в неизменном виде во всех работах.

Таким образом, вырисовывается совершенно не характерная для Фуко по своей четкости типология. Скорее всего, именно поэтому в «Истории безумия» уже не всегда можно установить такие строгие терминологические соответствия, но многообразие терминов здесь все же сохраняется. Открывающаяся в этих многообразных ликах безумия история, по мнению Фуко, наделяет психическую болезнь еще одним измерением: парадоксом «одновременного сосуществования „приватного“ мира — idios kosmos, в который больной погружается в произвольном существовании фантазии и бреда, и мира принуждения, на который он обречен в модусе отказа…». В основе этого парадокса — неразрешимое для самого мира противоречие, присущий ему конфликт условий существования.

Здесь — в исследовании исторического измерения безумия — работа фактически подходит к своему закономерному завершению. На это указывает как развитие сюжетной линии, так и присутствующие в конце соответствующей главы выводы, относящиеся не столько к ней самой, сколько к работе в целом. История здесь оказывается связующим центром всех измерений болезни; следовательно, «болезнь в своей актуальности несет регрессивные аспекты — поскольку наше общество больше не способно разобраться в собственном прошлом; аспекты конфликтной амбивалентности — поскольку оно не может ориентироваться в настоящем; наконец, предполагает рождение патологического мира — поскольку общество все еще не может распознать смысла своей деятельности и своего будущего».

Но на этом работа не завершается. Буквально откуда ни возьмись появляется глава «Психология конфликта», посвященная физиологической теории Павлова. Подобная глава, скорее, была бы уместна в начале работы, поскольку так или иначе относится к «органическим» теориям, а сам сюжет развивается от органического к психическому. И такое возвращение к органической медицине выглядит несколько неуместно. В этой главе на основании материалистической физиологии Фуко пытается установить взаимосвязь социальных условий среды и физиологических механизмов функционирования организма,

переходным элементом между которыми, на его взгляд, выступает диалектика возбуждения и торможения. В свете такой трактовки болезнь представляется как своеобразная форма адаптации индивида к непреодолимым противоречиям среды, одной из форм защиты от конфликта психологической диалектики индивида и диалектики условий его существования, а материалистская физиология — тем мостом, который позволяет перейти от психологического отчуждения к отчуждению историческому.

Увлечение Павловым было для Фуко тесно связано с увлеченностью коммунизмом. Первым вариантом главы о павловской физиологии стала лекция, прочитанная Фуко в «Maison des Lettres» на улице Ферро — в серии выступлений философов-коммунистов. Тогда Фуко цитировал Сталина и говорил, что психическая патология часто является результатом нищеты и бесчеловечной эксплуатации и что лишь радикальные социально-экономические преобразования могут положить конец таким случаям. В 1953 г. Фуко выходит из коммунистической партии, но в «Психической болезни и личности», опубликованной, как мы помним, в 1954 г. глава про Павлова тем не менее остается. Биограф Фуко Д. Мэйси, пытаясь объяснить этот факт, пишет: «К 1954 г. краткое пребывание Фуко в рядах ФКП уже закончилось, однако его первая книга стала чем-то вроде дани его членству в партии»[15].

Вообще «Психическая болезнь и личность» — во многом юношеская книга. Такая наивная вера в истинность психоаналитических трактовок, в антропологическую концепцию экзистенциально-феноменологической психиатрии и ярый марксизм не были характерны для позднего Фуко. Начиная с «Истории безумия» его интонация станет сдержаннее, а Фрейд и антропология будут восприниматься им уже более критично. Юношеская восторженность и увлеченность особенно ярко проступает в последних строках заключения, где Фуко пишет: «Настоящая психология должна освободиться от тех абстракций, что затемняют истину болезни и отчуждают реальность больного, поскольку, когда мы говорим о человеке, абстракция не является лишь простой интеллектуальной ошибкой; настоящая психология должна избавиться от этого психологизма, ведь как и любая наука о человеке, она должна быть нацелена на его освобождение». После «Психической болезни и личности», а также «Введения» к статье Бинсвангера «Сон и существование» Фуко никогда больше не поддастся чарам какой-либо из теорий и никогда не будет верить в возможность «настоящей» психологии.

Экзистенциально-феноменологическая психиатрия и концепт исторических a priori

Одним из наиболее значимых течений, сформированных в пространстве клинической психиатрии, и также тем связующим звеном, которое располагается между ранним и поздним творчеством Фуко, между его практической деятельностью в клинике, увлеченностью теоретической психиатрией и разработанной им позже исторической эпистемологией, является, несомненно, экзистенциально-феноменологическая психиатрия.

Уместно вспомнить высказывание М. Фуко о том влиянии, которое оказала на него экзистенциально-феноменологическая психиатрия: «Ознакомление с тем, что назвали „экзистенциальным психоанализом“ и „феноменологической психиатрией“, имело для меня большое значение в период работы в психиатрических клиниках; в этих доктринах я искал некоторый противовес, нечто отличное от традиционных схем психиатрической точки зрения. Сыграли большую роль, несомненно, превосходные описания безумия как фундаментального, единственного в своем роде, ни с чем не сопоставимого опыта. Впрочем, полагаю, что Лэйнг также находился под сильным впечатлением от всего этого: он тоже на протяжении долгого времени использовал экзистенциальный психоанализ в качестве исходной основы (он — скорее в сартровском, а я — в хайдеггерианском смысле). Однако

---

15 *Macey D.* The Lives of Michel Foucault. L., 1993. P. 65.

мы на этом не остановились…экзистенциальный анализ помог нам выделить и отчетливее очертить то, что было тяжелым и гнетущим в точке зрения и системе знания академической психиатрии»[16].

Начнем хотя бы с того, что центральная идея написанной позднее «Истории безумия» — историческая эпистемология безумия — никогда не только бы не появилась, но и не смогла бы быть осуществима, если бы наука о психических расстройствах не прошла этапа феноменологической психиатрии. Она была необходима для самой возможности проблематизации безумия — подхода, который для исторической эпистемологии является отправным. Для того чтобы заговорить о безумии так, как это сделал Фуко, чтобы попытаться разгадать в нем игру общественных институций и, наконец, чтобы воспользоваться безумием как инструментом, благодаря которому можно выйти далеко за пределы принятых и обозначенных наукой методов и установок, сначала психиатрии нужно было показать, что безумие является не просто регрессией и деградацией, но обладает и своей специфической сущностью. Именно этот шаг сделала феноменологическая психиатрия[17].

В лице своих ведущих представителей — К. Ясперса, Э. Минковски, В. Э. фон Гебзатгеля, Э. Штрауса — она обратилась к внутренней феноменальной реальности психически больного человека. Конституирование этой предметной области в методологическом плане стало возможным благодаря введению К. Ясперсом в пространство психиатрии метода понимания и его разработке[18]. Понимание как погружение в феноменальный мир человека с целью выделения в нем патологических феноменов, их последующей типологии и исследования, стало центральным методом не только клинической психиатрии, но и рефлексирующей в пространстве психопатологии философии.

Именно в акте понимания исследователю открывается реальность болезни, которая, по мнению феноменологических психиатров, конституируется в пространственно-временном континууме. Изменения пространственно-временного порядка являются для психического заболевания центральным элементом, формирующим существование психически больного человека. Время в болезни изменяет свое течение: прошлое и будущее блокируются, а настоящее теряет свою целостность и разбивается на отдельные фрагменты, поэтому время больше не течет, и вследствие этого исчезает ощущение проживания жизни. Пространство утрачивает свою разметку: дистанции и границы становятся изменчивыми, объекты — вырванными из контекста, а ощущения — оторванными от своих источников. В этом мире без ориентиров, в этом времени без движения существование больного становится подобным тому, что Кьеркегор ковда-то назвал «болезнью-к-смерти».

По-видимому, именно такое существование на заре психического заболевания открывает, как выражается Ясперс, «метафизическую глубину» — зияние бытия, в котором психически больной может рассмотреть только образ неминуемой гибели. «Складывается такое ощущение, — пишет философ, — словно в жизни этих людей им когда-то что-то мимолетно открылось, вызвав трепет и блаженство, чтобы затем, оставив по себе некоторые реминисценции, завершиться неизлечимым слабоумием конечного состояния»[19].

Примечательно, что позднее Фуко, как бы соединив эту унаследованную от Ясперса

---

[16] Беседа с Мишелем Фуко // Интеллектуалы и власть: Избранные политические статьи, выступления и интервью. Ч. 2 / Пер. с фр. И. Окуневой. Под ред. Б. М. Скуратова. М., 2005. С. 235.

[17] Подробнее о феноменологической психиатрии см.: *Власова О. Л.* Философские проблемы феноменологической психиатрии. Курск, 2007.

[18] *Ясперс К.* Общая психопатология / Пер. с нем. Л. Акопяна. М, 1997.

[19] *Ясперс К.* Стриндберг и Ван Гог / Пер. с нем. Г. Ноткина. СПб., 1997. С. 153.

идею «метафизической глубины» и высказанную в «Психической болезни и личности» идею о том, что безумие, отчуждаясь обществом, все же выражает его сущность, приходит к представлению о безумии как истине разума, и «метафизическая глубина» получает второе рождение в другом образе. «…Наше сознание, — пишет М. Фуко, — уже более не ищет, как когда-то в XVI веке, следов другого мира, уже не фиксирует скитаний заблудившегося разума; оно прослеживает возникновение того, что находится в опасной близости от нас, словно вдруг перед нами рельефно выступает провал самого нашего существования. Конечное человеческое бытие, на основе которого мы и существуем, мыслим и познаем, вдруг оказывается перед нами как существование одновременно и реальное, и невозможное, как мысль, которую мы не можем помыслить, как объект нашего знания, который, однако, постоянно ускользает от него»[20].

И далее, касаясь психоанализа, продолжает: «…получается, будто психоз освещает безжалостным светом и выставляет — даже не издали, а совсем рядом — то, до чего анализу приходится лишь медленно добираться»[21].

Традиции феноменологической психиатрии продолжил экзистенциальный анализ, который на основании переосмысления фундаментальной онтологии Хайдеггера, вводя в пространство психиатрии концепт бытия-в-мире, определил психическое заболевание как модификацию фундаментальных сущностных структур.

Ситуация с экзистенциально-феноменологической психиатрией в Швейцарии и во Франции была тогда достаточно своеобразна. В Швейцарии к 1950-м годам феноменологическая психиатрия уже уступила свои позиции экзистенциальному анализу, и даже те психиатры, которые не относили себя к лагерю экзистенциальных аналитиков, для интерпретации патологических феноменов психики уже вовсю использовали фундаментальную онтологию Хайдеггера. Во Франции же на тот момент времени существовал единственный крупный представитель феноменологической психиатрии — Эжен Минковски, и по работе «Психическая болезнь и личность» это очень хорошо заметно.

Экзистенциально-аналитические идеи Фуко в «Психической болезни и личности» и во «Введении» к Бинсвангеру различны. Несмотря на обращение к взглядам Бинсвангера и Куна, в первой работе они больше феноменологичны, чем экзистенциальны. Этот вариант отсылает нас в основном к Минковски, а не к Бинсвангеру, и ключевое значение второго в соответствующей главе все же меркнет перед многочисленными и рассеянными по всему тексту отсылками к первому.

Работа «Сон и существование», введение к которой пишет Фуко, весьма значима и для творчества самого Бинсвангера, поскольку знаменует поворот от феноменологии Гуссерля к фундаментальной онтологии Хайдеггера. Бинсвангер останавливается здесь на вопросе интерпретации сновидений, поэзии и аллегорических выражений, объединенных наличием в них метафоры «полета» и «падения». Для объяснения таких феноменов, как образ парящей, а затем погибающей птицы в снах и поэзии, а также выражений типа «спуститься с небес на землю», Бинсвангер, как он сам отмечает, развивает теорию смысла Гуссерля и Хайдеггера, т. е. по сути сосредоточивается на любимой последним проблеме языка.

Смысловая матрица, которую составляют опускание или падение, указывает на определенный экзистенциальный смысл конкретного Dasein, соответствующий, как говорит Бинсвангер, онтологическому экзистенциалу расширения и выворачивания наизнанку пространственности, заброшенности настроения (Stimmung). Именно поэтому в горьком разочаровании земля уходит у нас из-под ног. Бинсвангер отмечает, что «сам язык, в этом сравнении, схватывает определенный элемент, лежащий глубоко в онтологической структуре

---

[20] *Фуко М.* Слова и вещи. Археология гуманитарных наук / Пер. с фр. В. П. Визгина и Н. С. Автономовой. СПб., 1994. С. 393–394.

[21] Фуко М. Слова и вещи., С. 394.

человека — а именно, способность быть направленным сверху вниз, — а затем обозначает этот элемент как падение…. Язык, поэтическое воображение и — прежде всего — сновидение черпают из этой основной онтологической структуры»[22].

Такое единство формы и содержания, как считает Бинсвангер, хорошо заметно в эпическом и философском наследии Древней Греции. Анализ этого наследия и позволяет ему преодолеть субъект-объектную дихотомию, которую он всю жизнь называл «раковой опухолью философии и психологии». Древнегреческая литература, как считает Бинсвангер, не знает разделения на внутреннее и внешнее, субъективное и объективное; индивидуальное при этом не укоренено в наивной реалистической метафизике, но представляется модусом человеческого бытия.

В этой работе сам Бинсвангер уже начинает формулировать концептуальные основания системы экзистенциального анализа, и в ней уже проступает со всей очевидностью сформировавшееся у него впоследствии понятие экзистенциально априорных структур существования. Эти структуры, на его взгляд, предопределяют саму возможность возникновения психического заболевания, а также его конфигурацию. Описывая случай своей пациентки Эллен Вест, Бинсвангер среди прочего отмечает, что только априорные или трансцендентальные формы человеческого разума делают опыт тем, чем он является. Он пишет: «Экзистенциальный анализ… не постулирует устойчивость структуры внутренней жизни-истории, а скорее исследует предшествующую или лежащую в ее основе фундаментальную трансцендентальную структуру, *a priori* всех психических структур как само условие этой возможности (возможности разрушения психической структуры. — *О. В.*)»[23].

Экзистенциально априорные структуры являются своеобразным горизонтом сознания, поскольку определяют матрицу его возможного опыта, т. е. саму возможность возникновения последнего. Эта матрица создает объекты мира, с которыми сталкивается человек, создает, поскольку придает им определенный смысл, обусловливает контекст индивидуального значения. Дж. Нидлман для обозначения экзистенциальных априорных структур предлагает использовать понятие «экзистенциальные *a priori»* и характеризует их следующим образом: «…они есть универсалии или формы, которые занимают по отношению к опыту *каждого* человека такое же положение, какое кантовские категории рассудка занимают по отношению к объектам, которые мы познаем» (курсив автора. — *О. В.*)[24]. Экзистенциальные априорные структуры не существуют независимо от опыта индивида, а только в связи с ним; хотя они и являются доопытными по своей природе, вне мира и человеческого существования они не мыслимы. Отделить эти категории от самого мира и существования, которое они обусловливают, невозможно.

В своем «Введении» к работе Бинсвангера Фуко сталкивает между собой психоанализ и феноменологию и говорит о недостаточности одностороннего (чисто психоаналотического или чисто феноменологического) подхода к сновидениям: психоанализ ищет за сновидением скрытый смысл и не интересуется способом его явленности спящему, гуссерлианская феноменология же, в противоположность ему, исследует смысловую активность спящего, но не касается выразительных структур сновидения, на которых она базируется.

Сам план говорения, как считает Фуко, не замеченный ни в психоанализе, ни в

---

22 *Бинсвангер Л.* Сон и существование // Бинсвангер Л. Бытие-в-мире / Пер. с англ. Е. Сурдиной. М.; СПб., 1998. С. 197.

23 *Binswanger L.* Existential analysis and psychotherapy // Psychoanalysis and existential analysis. N. Y., 1962. P. 18.

24 *Нидлман Дж.* Критическое введение в экзистенциальный психоанализ Л. Бинсвангера // Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. С. 32.

феноменологии, в полной мере исследуется только в экзистенциальном анализе. Сновидение при этом становится манифестацией души в «антропологическом опыте трансцендирования», а выражение само объективируется «в сущностных структурах обозначения». Фуко пишет о Бинсвангере: «Он устанавливает конкретный путь анализа по направлению к фундаментальным формам существования: анализ сновидения не ограничивается уровнем герменевтики символа, но, отталкиваясь от внешней интерпретации, имеющей порядок дешифровки, он способен, не пренебрегая философией, достичь постижения сущностных структур»[25]. Именно поэтому, как считает Фуко, обращение к сновидениям чрезвычайно важно для антропологического исследования.

Анализируя статус сновидений в Древней Греции, Фуко подчеркивает, что сновидение, в противоположность его трактовке в психоанализе, не рассказывает индивидуальную историю человека, но предсказывает его будущее, его судьбу. И в предложенной Фуко интерпретации сновидения как связности существования, свободы и судьбы человека уже виднеется отзвук Бинсвангеровых *a priori,* а также первый луч будущей исторической эпистемологии.

Но, опираясь на Бинсвангера, Фуко тем не менее не ограничивается лишь критикой его идей. На первых же страницах своего «Введения» Фуко отмечает, что вопреки распространенной стратегии написания предисловий не собирается шаг за шагом идти за Бинсвангером, и обещает, что определить местоположение экзистенциального анализа в пространстве современной рефлексии о человеке попытается в другой работе. Настоящая же служит одной-единственной цели — представить форму анализа, не ограничивающуюся ни философией, ни психологией и развертывающуюся как фундаментальная область по отношению к конкретному, экспериментальному и объективному знанию. В центре этого знания, по мнению Фуко, стоит человеческое бытие. Подобная установка помогает преодолеть «психологический позитивизм» и выйти за пределы понимания человека как homo natura. Выбирая за основание аналитику существования, он описывает человеческое бытие как конкретное содержание трансцендентальной структуры Dasein, и основным вопросом работы становится вопрос о том, являются ли формы человеческого существования единственным способом постижения человека.

Как истинный последователь экзистенциального анализа Фуко заявляет, что в центре антропологических исследований стоит человеческий «фаю», причем факт не как объективная часть естественного мира, но как реальное содержание существования. По этим причинам Фуко определяет антропологию как науку фактов, основанную на точном исследовании бытия-в-мире. Выступая против разделения антропологии и онтологии, он постулирует первенство рефлексии о конкретном, поскольку антропологический анализ конкретных форм существования, на его взгляд, привносит в любую онтологическую рефлексию динамический элемент. Экзистенциальный анализ, по мнению Фуко, как раз и указывает на конкретное существование, его развитие и историческое содержание. Через анализ структур индивидуального существования и составляющие существование антропологические формы Фуко обращается к его онтологическим условиям. Поэтому антропология признается им своего рода «пропедевтикой» любой рефлексии о природе бытия и существования.

При прочтении «Введения», при обращении к самой концепции экзистенциального анализа и центральной для Фуко категории экзистенциально априорных форм существования не возникает никакого сомнения, что Бинсвангер стал для него той призмой, через которую им были восприняты антропология Канта и фундаментальная онтология Хайдеггера. Хайдеггер Фуко — это во многом Хайдеггер Бинсвангера. Почерк Бинсвангера в написанном Фуко тексте можно определить невооруженным глазом: он, так же как основатель экзистенциального анализа, понимает Dasein прежде всего как человеческую

---

[25] *Foucault M.* Introduction. P. 12.

экзистенцию. Эта идея Бинсвангера и лежит в основе экзистенциального анализа, в основе характерной для него антропологизации фундаментальной онтологии Хайдеггера, которая не раз отмечалась самим Хайдеггером и, начиная с весьма меткого замечания Х. Кунца, стала описываться как «продуктивная ошибка» Бинсвангера. Только «истинный бинсвангерианец», каковым тогда и был Фуко, мог сказать, что «человеческое бытие [Menschsein] представляет собой в конечном счете лишь действительное и конкретное содержание того, что онтология анализирует как трансцендентальную структуру Dasein — присутствия в мире…»[26].

Это Бинсвангер соединяет Канта и Хайдеггера в едином концепте экзистенциально-априорных структур. Определяя горизонт человеческого существования, экзистенциальные *a priori* превращают классическую историю, историю необходимости, в кантианскую историю возможности, за перипетиями которой стоит образ исторических *a priori.*

Но в исследованиях экзистенциального анализа, в таком пристальном интересе к самому акту выражения, помимо Бинсвангера просматривается еще одна значимая для Фуко фигура — Морис Мерло-Понти. Именно его диалектика, как мы уже упоминали, лежит в основе сюжета «Психической болезни и личности» и именно его «выражение» как тень стоит за фукольдианской трактовкой *a priori* у Бинсвангера. И несмотря на то что позже (например в «Словах и вещах») Фуко выступал против феноменологии Мерло-Понти, следы его экзистенциально-феноменологической системы в исторической эпистемологии все же сохранились.

Интересен здесь разработанный Мерло-Понти концепт *выражения.* В своей самой известной работе «Феноменология восприятия» он говорит о существовании за восприятием специфической дообъектной области, внутренней диафрагмы, определяющей зону переживания и масштаб жизни. Эта дообъектная область у Мерло-Понти носит как априорный, так и апостериорный характер. Априорно-апостериорной дообъектная область восприятия является потому, что в ее основе лежит пройденный решающий порог выражения. «Наш взгляд на человека останется поверхностным, — пишет Мерло-Понти, — пока мы не поднимемся к этому истоку, пока не отыщем под шумом слов предшествующую миру тишину, пока не опишем жест, который эту тишину нарушает»[27]. Предшествующие акты выражения и составляют одновременно и дообъектную область восприятия, и общий мир, к которым каждое новое выражение отсылает.

Выражение является центральной структурой дообъектной области. И тело, и сексуальное поведение, и движение выступают не просто символами, а синтезом знака и значения, тем, что предшествует существованию и одновременно является его актуальностью. Возможно, что именно эта идея позволит Фуко во «Введении» назвать проблему выражения центральной проблемой экзистенциального анализа и трактовать Бинсвангера сквозь призму Мерло-Понти: экзистенциальные априорные структуры — через теорию выражения.

Выражение представляется Мерло-Понти молниеносным актом истинного существования, мгновением обретения смысла и одновременно проекцией этого смысла; его невозможно уловить, оно кратко как крик, оно переживается, но не может быть ни осмыслено, ни восстановлено. Именно в выражении сливаются и становятся неразрывным единством сущность и существование. Через концепт выражения Мерло-Понти преодолевает извечную дихотомию субъекта и объекта, «для-себя» и «в-себе», сущности и существования, трансцендентного и имманентного. Выражение не просто является руководством к действию, но, подобно новому органу чувств, вводит значение внутрь человека, открывает опыту новое поле и новое измерение. Соединяя в себе трансцендентное и имманентное, выражение пронизывает все пространство человеческого существования. «Формы

---

[26] *Foucault M.* Introduction. P. 11–12. 44

[27] *Мерло-Понти М.* Феноменология восприятия. С. 241.

поведения, — пишет Мерло-Понти, — творят значения, которые трансцендентны по отношению к анатомическому устройству и тем не менее имманентны поведению как таковому, так как оно учит себя и постигает себя»[28].

На основании соединения концепта экзистенциально-априорных структур Бинсвангера с выражением Мерло-Понти и оформляется картина истории возможного с характерными для нее — данными в опыте, но неуловимыми — трансцендентно-имманентными историческими *a priori.* В центре этой исторической эпистемологии оказывается «факт», причем факт как содержание существования, т. е. такой, каковым его описывает Фуко во «Введении». Патологические факты феноменологической психиатрии и экзистенциального анализа с их исследованиями конкретных модификаций онтологической структуры оборачиваются у Фуко историческими фактами — выражением эпистемологического поля живой исторической ткани. Не случайно во втором издании работы «Психическая болезнь и личность» появится фраза: «На самом же деле лишь в истории мы можем найти конкретные *a priori,* исходя из которых психическое заболевание одновременно с чистым раскрытием своей возможности обретает необходимые очертания».

Концепция истории Фуко, таким образом, имеет весьма сходную с экзистенциальным анализом двухуровневую структуру. Место фундаментальной онтологии Dasein занимает историческая эпистемология, пространство Сущего заполняет пространство Истории, на место экзистенциальных *a priori* приходят *a priori* исторические, а между двумя уровнями как связующее звено стоит выражение, обеспечивающее трансцендентально-имманентный и кон-сгитуируемо-конституирующий характер связи. Эта по своей сути феноменологическая схема, несмотря на последующую «нелюбовь» Фуко к феноменологии, сохраняется как ядро его исторической эпистемологии.

Судьба книги: от психиатрии к антипсихиатрии

Работа «Психическая болезнь и личность» вышла в 1954 г. в университетском издательстве в серии «Философские введения». К изданию книгу рекомендовал Луи Альтюссер. Фуко всегда считал эту работу юношеской и незрелой, предпочитал не говорить о ней. После выхода «Истории безумия» вопрос о переиздании поднимался, однако, настолько часто, что он в конце концов согласился, и в 1962 г., через год после издания «Истории безумия», книга вышла в новой редакции. Изменилось название: «Психическая болезнь и личность» превратилась в работу «Психическая болезнь и психология»[29]; появились некоторые исправления в первой части, а вторая часть, сменив свое название на «Психопатология как факт цивилизации», была практически полностью переписана, как и заключение к работе[30].

Вновь появившаяся глава «Историческая конституция психического заболевания», представленная в новой редакции и под новым названием глава «Безумие, глобальная структура» и, наконец, заключение содержат практически те же выводы, которые мы находим в «Истории безумия». Глава про Павлова и материалистическую физиологию была полностью изъята, а в коренным образом измененной второй части не осталось и следа той четкой терминологической соотнесенности, которая ранее присутствовала по отношению к историческим типам безумца. Термины *insense, demence* и *aliene* здесь, так же как и в «Истории безумия», употребляются крайне свободно и не имеют четких смысловых

---

[28] Там же. С. 247.

[29] *Foucault* M. Maladie mentale et psychologic P., 1962.

[30] Кстати, во втором издании присутствуют также многочисленные мелкие стилистические и грамматические исправления, что выдает «руку» другого редактора книги.

коннотаций. Заметно, что за те восемь лет, которые разделяют первое и второе издание, Фуко оставил идеи о том, что многообразие «ликов безумия» может поддаваться сколь-либо четкой типологии.

Правка первой части также весьма любопытна. Совершенно нетронутыми остались лишь главы о психоанализе («Болезнь и индивидуальная история») и экзистенциально-феноменологической психиатрии («Болезнь и существование»). В остальные были внесены, хотя и незначительные, но весьма показательные в плане эволюции мысли Фуко, исправления. На смену «рефлексии о самом человеке» как основании психопатологии приходит исторически конституированная связь, «идущая от человека к безумному человеку и человеку истинному», т. е. место конкретного человека занимает исторический факт, а место антропологии — эпистемология. Медицина, и в частности психиатрия, должна теперь, по мысли Фуко, не просто осознать свои собственные основания, но и попытаться преодолеть их, поскольку именно они отметили безумие «печатью» отчуждения. Эта правка демонстрирует нам стремление, если можно так выразиться, «зачистить» насколько возможно эту юношескую книгу под «Историю безумия». Иначе как еще можно объяснить внесенные изменения?

Это второе издание представляет собой своеобразный компромисс между первой «Психической болезнью и личностью» и «Историей безумия». Фуко везде, где только можно, обращается к истории, и его внимание перемещается от центральной для первого издания личности к историческому развитию психологии и психиатрии. Он словно ищет нечто среднее между своими первой и второй книгами. По-прежнему располагаясь в философско-клиническом пространстве рефлексии, он совершенно интуитивно переходит от экзистенциально-феноменологической психиатрии к антипсихиатрии.

Фуко и сам никогда не отрицал некоторой близости своих идей к антипсихиатрии, но при этом всегда подчеркивал различие установок. «Лэйнг, — отмечает он в одном из интервью, — проделал колоссальную работу в качестве врача: вместе с Купером он стал подлинным основателем антипсихиатрии, тогда как я лишь провел критический исторический анализ»[31]. Так же как и Фуко, антипсихиатры Р. Д. Лэйнг, Д. Г. Купер, Ф. Базалья и Т. Сас[32] говорят о тесной связи безумия с обществом, о подавлении свободы безумия и репрессивной функции психиатрии. По мнению Лэйнга, со стороны индивидуальной онтологии иное бытие-в-мире, которое лежит в основе развития психического заболевания, оказывается следствием ненадежности и гибкости онтологической структуры бытия, утраты связи «я» с телом как основным объединяющим центром бытия-для-себя и бытия-для-других. В результате таких изменений формируется «онтологическая незащищенность». Онтологическая незащищенность детерминирует переживание мира как нереального, а своего «я» как раздробленного, неавтономного и лишенного индивидуальности. Экзистенциальная позиция онтологически незащищенной личности— это вхождение в «состояние небытия» с целью сохранить бытие[33]. Тем самым, подобно представителям экзистенциальной психиатрии, Лэйнг ставит «за спину безумия» онтологические *a priori.*

Безумие, по убеждению антипсихиатров, существует в обществе и, по многовековой традиции, оттесняется им на «окраину» социального бытия. Сопротивление обществу, несогласие с его идеями и отказ от признания объективности его фантомной реальности строжайшим образом наказывается клеймением, стигматизацией и — в самых крайних

---

31 Беседа с Мишелем Фуко. С. 235.

32 Разумеется, выделение антипсихиатрии как единого направления весьма условно. Подробнее об этом см.: *Власова О. А.* Антипсихиатрия: становление и развитие. М., 2006.

33 *Лэнг Р. Д.* Расколотое «Я». СПб., 1995. С. 7–223.

случаях — исключением из группы. Безумец как раз и является таким «восставшим» элементом. «Шизофренический» опыт чужд «нормальному» большинству потому, что он не «запачкан» социальной системой фантазии, он чист. Шизофреник живет в экзистенциальной реальности, постоянно путая истину действительную (истину системы фантазии) и истину экзистенциальную (истину его опыта)[34].

Здесь как раз и заметно отличие позиции Фуко от позиции большинства антипсихиатров. Лэйнга интересует безумие само по себе, переживания безумца, его внутренняя реальность. Он пытается услышать «голос безумия», заглянуть ему в глаза. Он всю жизнь стремится пережить безумие, не сходя при этом с ума. Его увлечение психоделиками, изучение восточной философии, по сути, ни что иное, как попытка приоткрыть завесу разума, сделать шаг в безумие. Все работы Лэйнга пронизаны трагизмом экзистенциализма: он сначала чувствует безумие, а уже потом пытается объяснить, как оно возможно в пределах личности и общества. И для Лэйнга, и для Фуко безумие — это инструмент познания человека и социальной реальности; в зависимости оттого, как оно понимается, и строится теория. Лэйнгу безумие представляется выражением кризиса взаимного опыта группы, «патологией» социальных отношений, поэтому его так интересуют особенности формирования и функционирования социальной группы. Для Фуко же безумец — это маргинальный элемент «большого» общества, выходящий за рамки принятой в культуре системы мышления, и именно поэтому, благодаря исследованию отношения к безумию, становится возможным изучение устойчивых ментальных моделей различных эпох. Представления Фуко как бы возвышаются над взглядами Лэйнга, дополняют их. Лэйнг пишет о том, какое положение занимает безумие в современном обществе, об отчуждении безумца, Фуко — о предыстории этого отчуждения, об отношении к безумию в различные исторические эпохи.

Хотя основная цель исследования безумия у Фуко и отличается от таковой у антипсихиатров, в их «рабочих» выводах можно найти поразительно сходные утверждения. Они едины в том, что психиатрия как наука сама конституирует свой предмет: психическое заболевание возникает лишь с рождением психиатрии (Фуко), имеет место лишь в пространстве психиатрии (Лэйнг, Купер[35]), но реально не существует (Сас[36]). По этой причине принадлежность безумия к сфере психопатологии, психиатрии обусловлена не самой сущностью и природой безумия, а длительным развитием культуры и общества «Норма» и «нормальный человек», от которых якобы отталкиваются при постановке диагноза и причислении к «безумцам», есть лишь мыслительный конструкт, природу и место которого можно понять лишь исходя из общественного и культурного развития. На самом же деле, в основе отчуждения и стигматизации безумия лежат нормы и представления социальной группы, в которую включен безумец, и поэтому он «представляет *собой Другого, отличного от других в их внешней объективности* (курсив автора. — *О. В.*)»[37]. Поэтому лишь то, что индивид бросает вызов общепринятой объективности (Фуко), системе «объективной» социальной фантазии (Лэйнг, Купер), позволяет признать его безумным.

Безумец — как у Фуко, так и у антипсихиатров — это экзистенциально другой. У Фуко,

---

34 *Лэйнг Р.Д.* Феноменология переживания. Райская птичка / Пер. с англ. Е. Н. Махнычевой // Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. Райская птичка. О важном. Львов, 2005. С. 21–179.

35 *Cooper D.* Psychiatry and Antipsychiatry. L., 1967; *Cooper D.* The Death of the Family. Harmondsworth, 1972; *Cooper D.* The Language of Madness. Harmondsworth, 1978 и др.

36 *Сас Т.* Фабрика безумия / Пер. с англ. А. Ишкильдина. Екатеринбург, 2008; *Szasz T. S.* The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct. N. Y., 1961; *Szasz T. S.* The Manufacture of Madness. N. Y., 1971; *Szasz T. S.* Insanity: The Idea and Its Consequences. N. Y, 1987 и др.

37 *Фуко М.* История безумия в классическую эпоху. С. 193.

таким образом, имеет место та же двойственность понимания безумия, что и в антипсихиатрии: с одной стороны, безумие является производным от общества, им порождается, а с другой — безумие представляет собой особый экзистенциальный порядок бытия. Но здесь имеется и одно немаловажное отличие. В антипсихиатрии, как было показано ранее, отчужденному индивиду предшествует некий экзистенциально целостный и экзистенциально «чистый» априорный субъект. У Фуко субъект формируется в историческом и социальном пространстве, априорно его не существует.

Все отличия, которые демонстрируют идеи Фуко по отношению к антипсихиатрии, обусловлены тем, что его проект исторической эпистемологии постепенно отходит от феноменологии психического заболевания. Начиная с «Истории безумия» у Фуко уже все реже и реже мелькает сам образ личности, и отыскать свойственный безумию внутренний смысл он уже не стремится. Безумие теперь представляется ему моментом проблематизации общества и вне общества не существует. Тем самым из «живого безумия» оно превращается в метод анализа. В этом свете творчество раннего Фуко уникально и интересно, поскольку показывает вызревание центральной для него идеи исторической эпистемологии.

Чрезвычайно любопытен в данном отношении недавно изданный в русском переводе курс лекций Фуко «Психиатрическая власть», прочитанный им в 1973–1974 г[38]. Интересен он не только потому, что в них Фуко говорит об антипсихиатрии и как всегда по-своему интерпретирует различные ее модели, но и поскольку именно в этом курсе происходит своеобразное возвращение к идеям его первой книги. Хотя сам Фуко в начале курса заявляет, что он попытается пересмотреть концепцию, представленную им в «Истории безумия», здесь мы встречаем тех персонажей, которые возвращаются из «Психической болезни и личности». Если «Психическая болезнь и личность» — это книга о психиатрической теории, а «История безумия» обращается к психиатрической практике, то в «Психиатрической власти» Фуко стремится эту практику и теорию совместить, представив в качестве их носителя врача и клинический институт психиатрии. Поэтому здесь мы встречаем не только знакомые нам по «Истории безумия» имена Пинеля, Тьюка, Кабаниса, Эскироля, но и уже знакомых по первой книге Бейля, Эя, Маньяна, Кангийема и других исследователей. Кроме того, курс «Психиатрическая власть» представляет нам, скорее, историю антипсихиатрии, разумеется, в специфической авторской трактовке последней. В своем исследовании психической болезни Фуко тем самым переходит от больной личности к обществу, в которой она конституируется, к клинической институции и тем силовым отношениям, которые за ней стоят.

Читая изданные лекции, можно заметить еще два весьма любопытных факта. Тот путь, который Фуко проделал от своей первой книги к этому позднему курсу, напоминает нам путь антипсихиатра Лэйнга: от поиска смысла болезни, крайних оснований ее необходимости и увлеченности экзистенциально-феноменологической психиатрией — к исследованию институций, которые безумие конституируют. Но, несмотря на интуитивно ощущаемый возврат к «Психической болезни и личности», мы не встречаем в курсе «Психиатрическая власть» ни одного упоминания об этой первой книге. Остается только удивляться тому, как самому Фуко на протяжении всей жизни удавалось делать вид, что ее не было.

* * *

Настоящая работа написана в несколько ином ключе, чем все последующие произведения Фуко[39]. Она чрезвычайно конкретна; в отличие от «Истории безумия» и

---

38 *Фуко М.* Психиатрическая власть: Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1973–1974 учебном году / Пер. с фр. А. В. Шестакова. СПб., 2007.

39 Читатель должен помнить, что Фуко многолик. А. С. Колесников говорит о «трех Фуко»: создателе

«Психиатрической власти» она проводит нас по дороге, скорее, не истории психиатрической практики, а ее теории. Поэтому то обилие и многообразие исторических фактов, которое традиционно привлекает внимание читателя во всех книгах Фуко, то множество ярких иллюстраций в их живой связи с актуальным историческим моментом, здесь мы встречаем редко. Материал, который Фуко использует для выстраивания здания своей концепции, — теория психического заболевания, — несомненно, уже начиная с первой главы вызовет у гуманитария не только интерес, но и определенные затруднения. Ему придется продираться сквозь сетку психиатрической терминологии, связывать воедино множество незнакомых имен и, следуя только намеченным автором линиям, обращаться к полемичным моментам истории психиатрии.

С целью облегчения прочтения этой книги мы снабдили текст подробным комментарием, где постарались прояснить некоторые незнакомые гуманитариям термины клинической психиатрии, представили краткие сведения об упоминающихся исследователях и практиках, а также отметили те коннотации, которые, на наш взгляд, могут способствовать более успешному пониманию текста.

Нами уже отмечалось, что при переиздании работы Фуко внес в нее многочисленные изменения. Поскольку эти изменения отражают интеллектуальную эволюцию мыслителя, в приложении представлены все расхождения текста в первом и втором издании работы.

Необходимо отметить, что выбранный вариант перевода самого названия работы — «Психическая болезнь и личность» — представляется нам наиболее адекватным намеченным в работе линиям повествования и отвечает стремлению переводчика сохранить на протяжении всего текста единство терминологии. Понятие *maladie mentale* в русском языке может передаваться двумя терминами: «психическая болезнь» и «душевная болезнь». Последний является, возможно, более благозвучным и меньше режет слух, поскольку не содержит такой четкой отсылки к естественнонаучному аппарату психиатрии. Однако поскольку настоящая работа по причине своей междисциплинарности представляет нам целостную терминологическую сетку, термин «душевная болезнь» не может обеспечить того единства терминологии, которое в ряду понятий «психически больной», «психическая медицина», «психическое отчуждение», «психопатология», «психическая история» обеспечивает термин «психическая болезнь».

Определенные трудности как для восприятия текста, так и для его перевода представляет и то терминологическое многообразие, с помощью которого Фуко стремится передать разнообразие трактовок психической болезни в различные исторические эпохи. На наш взгляд, сами термины *insense, demence* и *aliene* не имеют четких русскоязычных эквивалентов. С большими натяжками *insense* в том смысле, который придает этому термину Фуко, можно переводить как «помешанный», *demence* — как «умалишенный», а *aliene* — как «сумасшедший». Все же у Фуко *insense* отсылает к утрате свободы воли, к безумному духу, *aliene* — к безумию как отчужденности психической, социальной и правовой, а *demence* — к «лишенности» не только как к медицинской, но и как к юридической категории. По этим причинам в настоящей работе мы переводим все эти термины как «безумный», во всех случаях указывая их французские эквиваленты.

В настоящем издании сохранено авторское оформление ссылок. Там, где это оказалось возможно, мы — для удобства читателя — в квадратных скобках приводим полное библиографическое описание источника, который мог использовать Фуко, а также выходные данные имеющихся русских переводов этих работ. В книгу включено также предложенное Фуко дополнение — «Несколько дат из истории психиатрии», — оставленное им в неизменном виде и во втором издании работы.

«археологии власти», авторе «генеалогии власти» и «эстетике существования» (*Колесников А. С.* Мишель Фуко и его «Археология знания» // Фуко М. Археология знания / Пер. с фр. М. Б. Раковой, А. Ю. Серебрянниковой. СПб., 2004. С. 22). Здесь мы представляем «четвертого Фуко» — феноменолога, под масками научных теорий ищущего истинный смысл психического заболевания.

Весь комплекс комментариев, предисловия, проделанной сверки текста двух изданий призван не только облегчить прочтение книги, но и помочь читателю как можно полнее представить контекст ее возникновения и то значение, которое она имела для последующего творчества Фуко.

О. А. Власова
Курск, 2007 г.

Психическая болезнь и личность

Введение

По отношению ко всякой психической патологии возникают два вопроса: при каких условиях можно говорить о заболевании в психологической сфере? Какие отношения можно установить между фактами психической и органической патологии? Все психопатологии выстраиваются вокруг этих двух проблем: есть психологии многообразия, которые, подобно Блонделю[1], отказываются толковать структуры болезненного сознания в терминах нормальной психологии; и, наоборот, психологии аналитические или феноменологические, стремящиеся понять любое поведение душевнобольного как таковое, в значениях, предшествующих различению нормального и патологического. Аналогичное разделение наблюдается и в бурных дебатах психогенеза и органогенеза: поиск органической этиологии, начиная с открытия общего паралича вместе с его сифилитической этиологией[2], или анализ психологической причинности, начиная с исследования расстройств неопределенной органики, описанных в конце XIX века как истерический синдром.

Эти, порой предаваемые забвению, проблемы сегодня поднимаются снова, и останавливаться на тех дебатах, что они породили, было бы бесполезно. Но мы можем спросить себя: не возникают ли эти затруднения оттого, что мы наделяем одним и тем же смыслом понятия болезни, симптомов, этиологии в психической патологии и в патологии органической? Если так сложно определить психологические болезнь и здоровье, то не потому ли, что мы вновь и вновь тщетно стараемся использовать по отношению к ним понятия соматической медицины? Не появляются ли сложности в установлении единства органических нарушений и изменений личности постольку, поскольку мы признаем для них одну и ту же причинность? По ту сторону психической и органической патологии располагается общая и абстрактная патология, которая господствует над ними, навязывая им предрассудки, дефиниции и диктуя как сходные методы, так и сходные постулаты. Хотелось бы показать, что истоки психической патологии должны выводиться не путем спекуляции из некой «метапатологии», но лишь на основании рефлексии о самом человеке.

Тем не менее, чтобы напомнить, как появились все — традиционные и недавние — психопатологии и показать, от каких постулатов должна освободиться медицина для того, чтобы стать строго научной, необходим краткий экскурс[3].

Глава I. Психическая медицина и органическая медицина

Общая патология, о которой мы только что говорили, в своем развитии прошла два основных этапа.

Так же как и органическая медицина, психическая медицина вначале стремилась расшифровать сущность болезни в указывающих на нее связных группах симптомов. Она создала симптомологию, где устанавливались устойчивые или часто встречающиеся соответствия между данным типом болезни и данным болезненным проявлением: слуховая галлюцинация — симптом с бредовой структурой, спутанность сознания — смысл этой бредовой формы. С другой стороны, она выстроила нозографию, где анализировала формы болезни как таковой, описывала фазы ее развития и воссоздавала варианты, которыми она

может быть представлена: есть острые и хронические заболевания, описаны эпизодические манифестации, чередование симптомов и их развитие в процессе болезни.

Схематизация этих классических описаний может быть полезной не только в качестве примера, но и для того чтобы определить, какими значениями наделены использующиеся в них термины.

Мы взяли из старых работ начала этого века те описания, архаизм которых не должен заставить забыть, что когда-то они были точкой отсчета.

Дюпре[4] определял истерию следующим образом: «Состояние, при котором сила воображения и внушаемости, соединенная с тем характерным слиянием тела и духа, что я назвал психопластическим, приводит к возникновению осознаваемых в большей или меньшей степени патологических синдромов, к организации мифопластического моделирования функциональных расстройств, которые невозможно отличить от симуляции»[40]. Это классическое определение указывает, таким образом, на основные симптомы истерии, внушаемость и возникновение таких расстройств, как паралич, утрата чувствительности, анорексия[5], которые в данном случае не основываются на функциональном базисе, а имеют исключительно психологическое происхождение.

Психастения (psychasthenie), начиная с работ Жане[6], характеризуется нервным истощением, сопровождающимся органическими следами (мышечной слабостью, желудочно-кишечными расстройствами, головными болями), психической астенией (asthenie mentale) (утомляемостью, бессилием, неспособностью к напряжению и преодолению трудностей; нарушениями вхождения в действительность, в настоящее — тем, что Жане называл «утратой функции реальности»); наконец, эмоциональными расстройствами (грустью, беспокойством, внезапной тревогой).

Навязчивости: «Возникновение на фоне нормального психического состояния нерешительности, сомнений и беспокойства, а также периодических, внезапных приступов различных идей-импульсов»[41]. Отличаясь от фобии, характеризуемой приступами внезапного страха перед конкретными объектами (при агорафобии — перед открытым пространством), навязчивый невроз в основном сосредоточивается на защитах, которые больной сооружает, спасаясь от своей тревоги (ритуальные действия, защитные жесты).

Мания и депрессия: Маньян[7] назвал эту форму патологии, в которой мы видим чередование больших или меньших интервалов двух в целом противоположных синдромов — маниакального и депрессивного, — «периодическим безумием». Первый включает моторное возбуждение, эйфорическое или раздражительное настроение, психическую экзальтацию, характеризуемую вербитерациями[8], лабильностью ассоциаций и бессвязностью мышления. Депрессия, наоборот, предстает как двигательная заторможенность, в основе которой лежит подавленное настроение, сопровождающееся заторможенностью психической. Возникающие иногда независимо друг от друга мания и депрессия чаще все же связаны регулярным или нерегулярным чередованием, которые Жильбер Балле[9] представил в виде различных типов.

Паранойя: на фоне эмоциональной экзальтации (гордости, ревности) и психологической гиперактивности мы наблюдаем развитие систематизированного, последовательного бреда, который не сопровождается галлюцинациями и выкристаллизовывается в псевдологическом единстве идей величия, преследования и воздействия.

Хронический галлюцинаторный психоз можно назвать также бредовым психозом, но

---

40 Dupre, La constitution emotive (1911) *[Dupre E.* La constitution emotive // Paris medical. 1911. № 3. — *Здесь и далее в квадратных скобках примеч. пер]*.

41 Delmas, La pratique psychiatrique (1929) *[Laignel-Lavastine M., Delmas A., BarbeA.* Pratique psychiatrique. P., 1929].

бред в этом случае — несистематизированный, часто бессвязный, идеи величия достигают таких масштабов, что подчиняют себе все остальные в наивной восторженности человека; наконец, как правило, он сопровождается галлюцинациями.

Гебефрения, юношеский психоз, классически характеризуется умственным и двигательным (непрестанной болтовней, неологизмами, каламбурами, манерничеством и импульсивностью) возбуждением, галлюцинациями и беспорядочным бредом, полиморфизм которого постепенно обедняется.

Кататония обнаруживает себя в негативизме больного (молчании, отказе от пищи, явлениях, названных Крепелином[10] «утратой воли»), в его внушаемости (мышечной пассивности, сохранении вызванного положения[11], эхолалиях[12]), наконец, в стереотипиях и импульсивных пароксизмах[13] (резких двигательных разгрузках, которые, как кажется, преодолевают все возведенные болезнью границы).

Заметим, что три последние патологические формы, которые проявляются достаточно быстро, приводят к деменции[14], т. е. к общей дезорганизации психологической жизни (бред обедняется, галлюцинации уступают место бессвязному онейризму, личность погружается в противоречия). Крепелин[42] объединил их под общим понятием «раннее слабоумие»[15]. Именно эту нозографическую единицу, включив в нее некоторые формы паранойи, вновь описал Блейлер[43][16]. Он назвал ее шизофренией и дал ей следующие обобщенные характеристики: расстройство связности ассоциаций — расщепление (Spaltung) потока мысли, а также нарушение эмоционального контакта с окружающими, неспособность устанавливать спонтанный контакт с эмоциональной жизнью другого (аутизм[17]).

Эти анализы имеют ту же концептуальную структуру, что и анализы органической патологии: и там и тут для распределения симптомов по патологическим группам и для выделения крупных патологических единиц используются одни и те же методы. А за этим единым методом обнаруживается два постулата о природе болезни.

Изначально постулируют, что болезнь — это сущность, специфическое единство, определяющее представляющие ее симптомы, но предшествующая им и в некоторой степени не зависящая от них; описывают шизофреническую основу, скрывающуюся за обсессивными симптомами, говорят о маскированном бреде, предполагают наличие за маниакальными кризами или депрессивными эпизодами маниакально-депрессивного психоза.

Наряду с этим предрассудком о присутствии специфической сущности болезни, и будто бы для того, чтобы компенсировать ту абстрактность, которую он предполагает, существует натуралистический постулат; который характеризует болезнь как естественный вид[18], целостность, стоящую позади полиморфизма симптомов каждой нозографической группы, как единство вида, определяемого через свои постоянные характеристики и разнообразного в своих подгруппах: так, раннее слабоумие предстает как вид, характеризующийся возвращением к крайним формам естественной эволюции и имеющий гебефренические, кататонические или параноидные варианты.

Тем самым, если между психической и органической ветвями психопатологии существовал параллелизм, то это происходило не только по причине наличия некой идеи человеческой целостности и психофизиологического параллелизма, но также и вследствие признания как одной, так и другой этих двух постулатов, касающихся природы болезни. Если психическое заболевание очерчивают с помощью тех же концептуальных методов, что и органическое, если психологические симптомы разделяют и соединяют так же, как органические, то это прежде всего потому, что наделяют болезнь, психическую или органическую, естественной сущностью, проявляющейся в специфических симптомах. У

---

42 Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie (1889) *[Krae-pelin E.* Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig, 1889].

43 E. Bleuler, Dementia praecox oder gruppe der schi-zophrenien, 1911 *[Bleuler E.* Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig; Wien, 1911].

этих двух форм патологии, стало быть, нет никакого реального единства, оно возникает лишь при помощи этих двух постулатов, абстрактного параллелизма. Итак, проблема человеческого единства и психосоматической целостности остается открытой.

* * *

Важность этой проблемы обусловила обращение патологии к новым методам и новым концептам. Понятие органической и психологической целостности приводит к отказу от тех постулатов, которые превращают болезнь в специфическую сущность. Болезнь перестает быть независимой реальностью и отказывается по отношению к симптомам и организму играть роль естественного вида, инородного тела. Напротив, предпочтение отдается общим реакциям индивида; располагаясь между болезненным процессом и общим функционированием организма, болезнь больше не помещается между ними как автономная реальность, ее больше не мыслят иначе как абстрактный разрыв в становлении больного индивида.

Давайте вспомним о той роли, которую в настоящее время в пространстве органической патологии играет гормональная регуляция и ее нарушение, а также то значение, что признано за такими вегетативными центрами, как управляющая этой регуляцией область третьего желудочка. Мы знаем, что Лериш[19] настаивал на всеохватывающем характере патологических процессов и на необходимости заменить клеточную патологию патологией тканей. Селье[20], описывая «нарушения адаптации», в свою очередь, показал, что сущность патологического феномена следует искать в совокупности нервных и вегетативных реакций, которые предстают как общий ответ организма на воздействие, «стресс», возникшие из окружающей среды.

В рамках психической патологии сходным статусом наделяется понятие психологической целостности; если бы болезнь рассматривалась только в рамках больной личности, она была бы ее внутренним измерением, внутренней дезорганизацией ее структуры, постепенным нарушением ее развития и не обладала бы собственной реальностью. Именно в этом ключе — по степени изменения личности — характеризовали психические заболевания, и на этом основании психические расстройства стали разделять на две большие группы — неврозы и психозы.

1) Психозы — глубокие нарушения личности — включают: нарушения мышления (стремительное, быстротечное маниакальное мышление с включениями звуковых ассоциаций или каламбуров; шизофреническое мышление, которое постоянно перескакивает, перепрыгивает через промежуточные звенья и развертывается урывками и контрастами); общее изменение эмоциональной жизни и настроения (нарушение эмоционального контакта при шизофрении; высокая эмоциональная захваченность при мании или депрессии); нарушение сознательного контроля, способности оценивать различные позиции, снижение самокритики (бредовая уверенность при паранойе, где система интерпретации предвосхищает доказательства своей истинности и обеспечивает защиту в любой беседе; равнодушие параноика к необычности своего галлюцинаторного опыта, очевидность которого для него несомненна).

2) В неврозах, напротив, затронута лишь часть личности: мучительная ритуализация, возникшая по отношению к тому или иному предмету, спровоцированные этой ситуацией страхи, характерные для фобического невроза. Но течение мысли в своей структуре остается не задетым, даже если оно замедляется, как у психастеников; сохраняется эмоциональный контакт, даже если он достигает крайней восприимчивости, как у истериков; наконец, невротик, даже если его сознательный контроль снижается, как у истерика или обсессивного больного, сохраняет критическую позицию по отношению к своим болезненным феноменам.

Среди психозов обычно выделяют паранойю и шизофрению с ее параноидным, гебефреническим и кататоническим синдромами; среди неврозов — психастению, истерию, обсессию[21], тревожные и фобические неврозы[22].

Личность, таким образом, оказывается тем пространством, где развивается болезнь и к тому же тем критерием, который позволяет о ней судить; она одновременно есть реальность и мера болезни.

В этом примате понятия целостности видят обращение к конкретной патологии, а также возможность выделения поля психической и органической патологии как единой области. Не обращаются ли в действительности одна и другая различным способом к одному и тому же человеческому индивиду? Не по причине ли использования понятия целостности они имеют тождественные методы и единство предмета?

Работа Гольдштейна[23] многое проясняет. Исследуя на пересечении психической и органической медицины такой неврологический синдром, как афазия, он отвергает и ее органическое объяснение как локального поражения, и ее психологическую интерпретацию как общего дефицита понимания. Он показывает, что посттравматическое кортикальное нарушение может изменить стиль реакций индивида на среду; функциональное расстройство ограничивает возможности адаптации организма и изымает из поведения индивида возможность установления некоторых отношений. Когда афазик[24] не способен назвать предмет, который ему показывают, тогда как может попросить его, если он ему нужен, это происходит не по причине какого-либо дефицита (органического или психологического недостатка), который можно описать как самостоятельную реальность; дело в том, что он больше не способен устанавливать непосредственные однозначные отношения с миром, не может выстроить перспективу называния[25], которая вместо того чтобы приблизиться к предмету с целью его схватить (greifen), располагается на расстоянии, чтобы его показывать и указывать (zeigen) на него[44].

Какими бы ни были первоначальные обозначения — психологическими или органическими, — болезнь в любом случае затрагивает глобальную ситуацию индивида в мире; вместо того чтобы являться физиологической или психологической сущностью, она есть общая реакция индивида, взятого в своей психологической и физиологической целостности. За всеми недавними моделями медицинского анализа мы можем прочесть один и тот же смысл: чем больше мы вглядываемся в целостность человеческого бытия, тем быстрее рассеивается как специфическое единство реальность болезни; и тем важнее переход от анализа естественных форм болезни к описанию индивида, реагирующего на свою ситуацию патологическим способом.

Благодаря тому единству, которое оно обеспечивает, а также тому, что оно способствует решению определенных проблем, понятие целостности легко может привнести в патологию ощущение концептуальной эйфории.

Этим ощущением хотели воспользоваться те, кто был в разной степени вдохновлен Гольдштейном. Но, к несчастью, эйфория не способствовала строгости.

* * *

Хотелось бы, напротив, показать, что психическая патология требует методов анализа, отличных от таковых в органической патологии, и что только благодаря уловкам языка мы можем наделять одним и тем же смыслом «болезни тела» и «болезни духа». Единая патология, которая использовала бы одни и те же понятия и методы, как в психологической, так и в физиологической области, в настоящее время относится к порядку мифа, даже если единство тела и духа имеет порядок реальности.

I) Абстракция. — В органической патологии идея обращения не к болезни, а к больному, не исключает установления четкой перспективы, которая позволит выделить в патологических феноменах условия и результаты, универсальные процессы и единичные

---

[44] Goldstein, Journal de Psychologie, 1933 *[Goldstein K. V* analyse de l'aphasie et l'essence du langage // Journal de Psychologie normale et pathologique. 1933. № 30. P. 430–496].

реакции. Анатомия и физиология как раз и дают медицине тот анализ, который на основании органической целостности допускает приемлемые абстракции. Конечно, патология Селье больше, чем все остальные, подразумевает взаимосвязь любого сегментарного феномена с целостностью организма; но делается это не для того, чтобы упразднить эти феномены в их индивидуальности и разоблачить в них произвольную абстракцию, а напротив, чтобы упорядочить отдельные феномены в единую связность; чтобы показать, например, какое место кишечные расстройства, аналогичные таковым при брюшном тифе, занимают во всех гормональных патологиях, чьим существенным элементом является нарушение функционирования коры надпочечников. Значимость для органической патологии понятия целостности не исключает ни абстрагирования от единичных элементов, ни каузального анализа, но, наоборот, допускает наиболее обоснованное абстрагирование и устанавливает более жесткую причинность.

Однако психология так и не смогла предложить психиатрии того, что дала медицине физиология — инструмент анализа, который, устанавливая пределы расстройства, позволял бы прогнозировать функциональное влияние этого нарушения на целостность личности. В действительности связность психологической жизни обеспечивается иначе, чем связность организма; интеграция сегментов здесь стремится к единству, которое делает возможным каждый из них, но одновременно в каждом из них резюмируется и сосредоточивается — это то, что психологи, заимствуя терминологию у феноменологии, называют значимым единством условий, охватывающим каждый элемент (сон, преступление, немотивированное действие, свободную ассоциацию), общий ход, стиль, исторический контекст и возможные следствия существования. Абстрагирование потому не может быть тождественно в психологии и физиологии, и выделение патологического нарушения требует в органической патологии других методов, чем в патологии психической.

2) *Нормальное и патологическое.* — Медицина становится свидетельницей нарастающего размывания границ между патологическими и нормальными фактами; или, скорее, она ясно понимает, что клинические картины не являются коллекцией ненормальных фактов, физиологическими «монстрами», но отчасти конституированы и нормальными механизмами, и адаптивными реакциями организма, функционирующего согласно собственной норме. Гиперкальциурия, которая является следствием перелома бедра, есть, как говорит Лериш, локализованный органический ответ «на пределе тканевых возможностей»[45]: организм реагирует способом, предписываемым патологическим нарушением, и будто бы с целью его преодоления. Но давайте не будем забывать, что эти идеи основаны на связном планировании психологических возможностей организма, и анализ нормальных механизмов болезни фактически позволяет вместе с нормальными возможностями организма, его способностью к выздоровлению, лучше распознать воздействие болезненного нарушения: подобно тому как болезнь вписана в нормальные физиологические возможности, способность к выздоровлению вписана внутрь процессов болезни.

В психиатрии, напротив, понятие личности делает разграничение нормального и патологического особенно сложным. Блейлер, например, противопоставлял два полюса психической патологии: группу шизофрении как нарушение контакта с реальностью и группу маниакально-депрессивных, или циклических, психозов как гипертрофию эмоциональных реакций. Однако этот анализ привел к тому, что нормальные личности стали трактоваться как больные; и Кречмер[26] смог создать биполярную характерологию, включающую шизотимию и маниакально-депрессивный психоз, патологическая акцентуация которого представляет собой шизофрению или «циклофрению». Но, несомненно, переход нормальных реакций к болезненным формам не фиксируется точным анализом процессов, он допускает лишь качественную оценку, которая разрешает все затруднения. Тогда как идея

---

45 Leriche, Philosophic de la Chirurgie *[Leriche R.* La philosophic de la chirurgie. P., 1951].

органической взаимозависимости позволяет разделять и соединять болезненное нарушение и компенсаторный ответ, изучение личности не допускает подобного анализа в психопатологии.

3) *Больной и среда* — Наконец, рассматривать с помощью одних и тех же методов и понятий органическую целостность и психологическую личность мешает третье различие. Никакую болезнь, конечно же, нельзя отделить от методов исследования, процедур изоляции, терапевтических приемов, которыми ее окружает медицинская практика. Но понятие органической целостности выдвигает на первый план независимую от этой практики идею индивидуальности больного; она позволяет очертить его в свойственном ему патологическом своеобразии и определить подлинные особенности патологических реакций.

В психической патологии реальность больного не позволяет подобного абстрагирования, и каждая страдающая индивидуальность должна посредством практики включать в свои отношения среду. Ситуация попечительства, навязанная безумцу (aliene) законом 1838 г.[27], общая зависимость от медицинского освидетельствования, несомненно, способствовали тому, чтобы закрепить к концу XIX века образ истерика. Лишенный своих прав опекуном и семейным советом, впавший в состояние юридического и духовного несовершеннолетия, лишенный могуществом врача своей свободы, больной оказался средоточием всех социальных внушений настолько, что следствием этих обстоятельств стала внушаемость как основной синдром истерии. Бабинский[28], приписывающий своей больной подверженность внушению, довел ее отчуждение до такой степени, что ослабленная, немая и обездвиженная, она готова была внимать силе чудесных слов: «Встань и иди». И врач, благодаря успеху евангельского парафраза, находил признаки симуляции, поскольку больная, следуя ироничному пророческому наказу, действительно переставала лгать и действительно шла. Итак, с тем, что врач разоблачал как иллюзию, он сталкивался в фактах реальности своей медицинской практики: в этой внушаемости он видел результат всех внушений, которым был подчинен больной. Для того чтобы сегодня наблюдения не приводили к подобным чудесам, не нужно опровергать реальность достижений Бабинского; необходимо лишь доказать, что образ истерика постепенно стирается, по мере того как смягчается практика внушения, которая когда-то конституировала среду больного.

Таким образом, диалектика отношений индивида со средой в патологической физиологии и патологической психологии различна. Мы не можем допускать ни абстрактного параллелизма, ни тотального единства феноменов психической и органической патологии; невозможно перемещать из одной в другую абстрактные схемы, критерии нормальности или определение больного индивида. Психическая патология должна освободиться от всех постулатов, опирающихся на «метапатологию»: единство, обеспечивающееся единством различным форм болезни, всегда искусственно; только конкретный человек является носителем их фактического единства.

Стало быть, необходимо, доверяя человеку самому по себе, а не отталкивающимся от болезни абстракциям, проанализировать специфику психического заболевания, отыскать конкретные формы, которые оно может принимать в психологической жизни индивида, затем выяснить условия, сделавшие возможными эти различные аспекты, и восстановить целостную каузальную систему, которая лежит в их основе.

На эти две группы вопросов[29] мы попытаемся ответить в двух частях этого труда[30]:

1) Психологические измерения болезни;

2) Фактические условия болезни.

Часть первая. Психологические измерения болезни

Глава II. Болезнь и эволюция

В присутствии тяжелого психически больного поначалу у нас обязательно возникает впечатление тотального и обширного дефицита при одновременном отсутствии какой-либо

компенсации: неспособность больного к ориентации во времени и пространстве, нарушения непрерывности, всегда присутствующие в поведении, невозможность преодолеть сиюминутность мгновения, поскольку он окружен стеной и не способен проникнуть в мир другого или обратиться к прошлому и будущему — все эти феномены заставляют описывать болезнь в понятиях утраченных функций: спутанное сознание больного затемнено, сужено, фрагментарно. Но эту функциональную пустоту в то же самое время наводняет целый поток элементарных реакций, которые кажутся гипертрофированными и акцентированными из-за исчезновения других поведенческих форм: вся автоматика повторения усилена (больной эхолалирует вопросы, которые ему задают, вызванные движения фиксируются и повторяются бесконечно), внутренняя речь охватывает все пространство экспрессии больного, продолжающего вполголоса обращенный в никуда и ни к кому бессвязный монолог; наконец, иногда возникают интенсивные эмоциональные реакции. Не нужно, таким образом, стремиться прочесть психическую патологию в слишком ясном тексте исчезнувших функций: болезнь — это не только утрата сознания, переход его в сновидное, обнубиляция[31] этой способности. В своей абстрактной разделенности психология XIX века призывала именно к такой, чисто негативной, дескрипции болезни, и семиотика каждой формы была чрезвычайно проста, поскольку ограничивалась лишь тем, что описывала утраченную способность, перечисляя при амнезиях забытые воспоминания, а также детализируя синтезы, ставшие невозможными при раздвоении личности. Болезнь действительно уничтожает, но она и акцентирует; она уничтожает одно, чтобы усилить другое; сущность болезни не только в той пустоте, что она создает, но также и в позитивной полноте заместительной активности, которая эту пустоту заполняет.

Но какая диалектика включает одновременно эти позитивные факты и негативные феномены утраты?

Сразу же можно отметить, что утраченные функции и функции акцентированные принадлежат к разным уровням: утрачиваются комплексная координация, сознание с его интенциональной открытостью, совокупностью пространственно-временных ориентации, — именно волевое усилие поддерживает и упорядочивает автоматизмы. Сохраненные и акцентированные действия, наоборот, сегментарны и просты; это отдельные элементы, которые высвобождаются абсолютно противоречиво. Сложный синтез диалога заменяется фрагментарным монологом; синтаксис, посредством которого конституируется смысл, разрушается и существует лишь посредством вербальных элементов, откуда выскальзывают двусмысленные, полиморфные и нестойкие смыслы; пространственно-временная связность, которая упорядочивается в «здесь и теперь», раздроблена и представлена лишь как хаос последовательных и обособленных островков. Позитивные симптомы противоположны отрицательным, как простое сложному. И как устойчивое неустойчивому.

Пространственно-временные синтезы, интерсубъективное поведение, сознательные интенциональности постоянно компрометируются такими столь же частыми феноменами, как бездействие, столь же пространными, как внушение, столь же привычными, как сон. Реакции, акцентированные болезнью, обладают той психологической прочностью, которой нет у утраченных структур. Патологический процесс усиливает наиболее стойкие феномены и уничтожает лишь наиболее неустойчивые.

Наконец, патологически акцентированные функции менее произвольны: больной утрачивает всякую инициативу до такой степени, что никакой ответ, даже стимулированный вопросом, больше невозможен — он способен лишь повторить последние слова своего собеседника; если он стремится совершить действие, инициатива сразу же выходит за границы автоматизма повторения, который затухает и исчезает. Стало быть, резюмируя, можно сказать, что болезнь уничтожает сложные, неустойчивые и произвольные функции, усиливая простые, стойкие и автоматические, но это различие на структурном уровне дублируется различием на эволюционном. Преобладание автоматизмов, разорванная и беспорядочная последовательность действий, эксплозивная форма эмоциональных проявлений характерны для архаичного уровня развития индивида. Именно эти реакции

демонстрируют поведенческий стиль ребенка: отсутствие диалога, обилие монологов без собеседника, эхо-повторы с непониманием диалектики «вопрос-ответ», множественность пространственно-временных координат, разбивающая поведение на изолированные фрагменты, где пространство фрагментировано и состоит из независимых отрезков — все эта явления, общие для патологических структур и архаичных стадий эволюции, указывают в заболевании на регрессивный процесс.

Таким образом, если болезнь заставляет появляться в едином движении позитивные и негативные симптомы[32], если она их одновременно уничтожает и усиливает, то это потому, что, возвращаясь к предыдущим фазам эволюции, она уничтожает ее недавние достижения и вновь обнажает уже закрепленные нормальные формы поведения. Болезнь — это процесс, в ходе которого разрушается нить эволюции, уничтожающий сперва в своих наиболее мягких формах самые недавние структуры и затрагивающий затем, в своем завершении и высшей точке своего развития, наиболее архаичные уровни. Болезнь, стало быть, не является дефицитом, вслепую отмечающим именно эту или какую-либо другую способность; в абсурдности болезни есть логика, которую нужно суметь расшифровать, — это сама логика нормальной эволюции. Болезнь — не противостоящая природе сущность, она и есть природа, но в своем обратном развитии; естественная история болезни должна лишь актуализировать ход естественной истории здорового организма. Но в этой единой логике каждая болезнь сохраняет свое своеобразие, а каждая нозографическая единица[33] находит свое место и свое содержание и будет определяться той точкой, где прекращается процесс распада, поэтому в поиске сущности различных болезненных форм необходимо предпочесть анализ по глубине «снижения», и смысл болезни может стать тем своеобразным мелководьем, где стабилизируется процесс регрессии.

* * *

«Любое безумие, — говорил Джексон[34],—сопровождается болезненным поражением большего или меньшего числа высших корковых центров, другими словами, затрагивает высший уровень эволюции церебральной инфраструктуры, точнее, анатомический субстрат и физический базис сознания… В любом безумии большая часть высших корковых центров функционирует вне временных и пространственных ориентиров в некоем патологическом процессе»[46]. Все труды Джексона были направлены на утверждение эволюционизма в невро- и психопатологии. И начиная с «Крунианских лекций» (1884)[35] больше невозможно не замечать регрессивных аспектов болезни; эволюция отныне — одно из измерений, посредством которых мы получаем доступ к патологическому факту.

Значительная часть творчества Фрейда — это толкование развивающихся форм невроза. История либидо, его развития, его последовательных фиксаций — это набор патологических возможностей индивида: каждый тип невроза является возвращением к какой-либо стадии либидинальной эволюции. И психоанализ верил, что сумеет описать психологию ребенка, исследуя патологию взрослого.

1) Первые объекты, исследуемые ребенком, — продукты питания, а первый инструмент удовольствия — рот; это фаза орального эротизма, во время которой пищевая фрустрация[36] может запустить комплексы отнятия от груди; это также фаза почти биологической связи с матерью, где любой отказ может спровоцировать физиологические дефициты, проанализированные Спитцем[47][37], или неврозы, описанные г-жой Ге[38] как специфические

---

46 Facteurs de la folie, Selected Papers, II, p. 411 *[Jackson J.* Sur les facteurs de la folie // Selected Papers /Ed. J. Taylor. Vol. II. L., 1931. P. 411].

47 Spitz, L'hospitalisme *[Spitz R.* Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood // The Psychoanalytic Study of a Child. 1945. № 1. P. 53–74].

неврозы отказа[48]. Г-жа Сешехэ[39] даже смогла подвергнуть анализу молодую шизофреничку, у которой фиксация на этих самых архаичных стадиях развития привела в юношеском возрасте к возникновению гебефренического ступора[40], в котором она, угасая, жила в смутном и тревожном переживании своего голодного тела.

2) С появлением первых зубов и развитием мускулатуры ребенок выстраивает целую систему агрессивной защиты, которая обозначает первые мгновения его независимости. Но это также и время, когда ребенка заставляют соблюдать дисциплину — в основном дисциплину сфинктеров, — обеспечивающую в своей репрессивной форме присутствие родительских инстанций. Естественным измерением эмоциональности становится двойственность: двойственность употребляемого в пищу продукта, который доставляет удовольствие только тогда, когда его, кусая, агрессивно уничтожают; двойственность наслаждения, связанного как с интроекцией, так и с экскрецией; двойственность удовлетворения, то разрешенного и оцениваемого, то запрещенного и влекущего наказание. В середине именно этой фазы определяется то, что г-жа Мелани Кляйн называет «хорошими» и «плохими» объектами, но скрытая двусмысленность тех и других еще не доминирует, а фиксация на этом периоде, названном Фрейдом «садистически-анальной стадией», выкристаллизовывается в обсессивные синдромы — противоречивые синдромы мнительности, нерешительности, импульсивного влечения, беспрестанно компенсируемых строгостью запрета; постоянно отклоняемых, но всегда возобновляющихся предосторожностей против себя самого; диалектики строгости и уступчивости, соучастия и отказа, в которой может прочитываться радикальная двойственность желаемого объекта.

3) Связанный с первой эротической активностью, с совершенствованием реакций поддержания равновесия и с узнаванием самого себя в зеркале, формируется опыт собственного тела. В качестве своей основной темы эмоциональность развивает установление телесной целостности или протест против нее; нарциссизм становится структурой сексуальности, а собственное тело — привилегированным сексуальным объектом. Любое изменение в этой нарциссической цепи нарушает уже пошатнувшееся равновесие, и об этом свидетельствует детский страх, возникший под влиянием кастрационных фантазий родительских угроз. Именно к этому тревожному беспорядку телесных переживаний устремляется истерический синдром: раздвоение тела и возникновение альтер-эго, где тело, как в зеркале, читает свои мысли, свои желания и свои поступки, которые у него уже отобрал этот демонический двойник; истерическая раздробленность, дополняющая общее переживание тела элементами анестезии или парализации; фобическая тревога перед объектами, фантастические угрозы которых нацелены для больного на целостность его тела (Фрейд анализировал такую фобию четырехлетнего мальчика, у которого страх перед лошадьми вызывал навязчивые идеи кастрации[49]).

4) Наконец, к концу этого раннего детства происходит объектный выбор — выбор, который должен предполагать гетеросексуальную фиксацию, идентификацию с родителем того же пола. Но этой дифференциации и формированию нормальной сексуальности противится позиция родителей и амбивалентность детской эмоциональности: на самом деле в это время она фиксируется еще в модусе ревности, любое столкновение эротизма и агрессивности по отношению к матери приводит к отказу или, по крайней мере, к колебаниям; она искажается страхом перед отцом, чье триумфальное соперничество одновременно с ненавистью вызывает окрашенное влюбленностью желание идентификации. Это знаменитый Эдипов комплекс, с помощью которого Фрейд надеялся разгадать тайну

---

[48] G. Guex, Les nevroses d'abandon (P. U. F.) *[Guex G* La nevrose d'abandon. P., 1950].

[49] Freud, Cinq psychanalyses (p. III) *[Freud S.* Cinq psychanalyses / Trad. M. Bonaparte, R. M. Loewenstein. P., 1954].

человека и отыскать ключ к его судьбе, и в нем, несомненно, можно найти наиболее содержательный анализ конфликтов, пережитых ребенком в отношениях со своими родителями, и точку фиксации большинства неврозов.

Одним словом, любая либидинальная стадия есть виртуальная патологическая структура. Невроз — это естественная археология либидо.

Жане также развивает джексоновскую тему, но уже в социологической перспективе. Затухание психологической энергии[41], которое характеризует болезнь, делает невозможным приобретение сложных поведенческих реакций в ходе социальной эволюции и, словно отступающий прилив, обнажает примитивные социальные или даже досоциальные реакции.

Психастеник не может поверить в реальность того, что его окружает; это действие для него «слишком сложно». Что такое сложное поведение? В основном это поведение, вертикальный анализ которого показывает наложение нескольких синхронных действий. Убить на охоте дичь — это одно действие, а рассказывать об этом впоследствии — другое. Когда дичь выжидают, когда стреляют, то рассказывают самим себе, как стреляют, как гонятся за добычей, как подкарауливают ее — для того, чтобы впоследствии сотворить из этого эпопею для других. Осуществлять одновременно реальный акт охоты и виртуальное действие рассказа — удвоенная, намного более сложная операция, чем каждая по отдельности, только с виду она проста: это действие в настоящем является источником всех темпоральных действий, где накладываются и наслаиваются друг на друга актуальный поступок и осознание того, что этот поступок имеет будущее, что позже мы сможем рассказать о нем как об уже произошедшем событии. Сложность поведения, таким образом, можно измерить числом элементарных действий, которые предполагают единство своего протекания. Давайте теперь разберем это действие «рассказа другим», возможность которого является частью поведения в настоящем. Рассказывать, или проще — говорить, или еще элементарнее — расставлять по порядку, тоже непросто: это значит сначала обратиться к событию или порядку вещей, или к миру, который мне самому недоступен, но может быть доступен другому на моем месте; мне, таким образом, необходимо признать точку зрения другого и включить ее в мою, «удвоить» мое собственное поведение (событийный порядок) виртуальным поведением, действием других, которые должны его совершить[42]. Более того, упорядочивание всегда предполагает ухо, которое будет воспринимать, ум, который поймет, тело, которое исполнит — в приказ всегда включена возможность повиновения. То есть очевидно, что все эти простые действия, на которые направлено внимание в настоящем— рассказ, речь, — предполагают некоторую двойственность, которая лежит в основании двойственности всего социального поведения. Значит, если для психастеника сложно сконцентрировать внимание на настоящем, то это влечет именно социальные последствия, для него становятся затруднительными все те действия, у которых есть обратная сторона (смотреть и быть увиденным в реальности, говорить и быть объектом разговора в речи, верить и быть объектом веры в рассказе), поскольку эти действия разворачиваются в социальном горизонте. Необходима была целая социальная эволюция для того, чтобы диалог сделался способом общения между людьми; вероятно, он стал возможен благодаря переходу от неподвижного, допускающего лишь приказ общества с его иерархией элементов, к обществу, где равенство отношений разрешает и гарантирует виртуальный обмен, верность прошлому, обязательства перед будущим, взаимность позиций. Именно эту социальную эволюцию вновь актуализирует неспособный к диалогу больной. Каждая болезнь в зависимости от степени тяжести уничтожает одно из тех действий, что в процессе своей эволюции сделало возможным общество, и заменяет его архаичными формами поведения:

1) Вместо диалога как высшей формы эволюции речи приходит нечто вроде монолога, где субъект рассказывает себе самому о том, что он делает, или где ведет с воображаемым собеседником диалог, который с реальным партнером он вести неспособен, — таков профессор-психастеник, способный прочитать свою лекцию только перед зеркалом. Для больного становится слишком «сложно» действовать под взглядом другого[43], поэтому столько больных, одержимых навязчивыми идеями, или психастеников, хорошо себя

чувствуют, только если ощущают внутри себя феномены высвобождаемой эмоциональности, такие как всевозможные тики, мимики, миоклонии[44];

2) Утрачивая эту двойственную возможность диалога и схватывая речь лишь с той схематичной стороны, которую она являет говорящему, и не более, больной утрачивает власть над своим символическим миром; и все слова, знаки, ритуалы — одним словом, все, намек на что или базис чего содержится в человеческом мире, больше не включается в систему значимых эквивалентностей; слова и поступки больше не являются тем единым пространством, где встречаются собственные интенции и интенции других. Теперь это лишь поле развертывания значений монолитного и тревожного существования, пребывающих сами по себе: улыбка больше не является обыкновенным ответом на ежедневные приветствия; теперь она — загадочное событие, больше не выступающее символическим эквивалентом вежливости, и поэтому она отрывается от горизонта больного как символ непостижимой для нас тайны, как выражение безмолвной и угрожающей иронии. Со всех сторон возникает мир преследования;

3) Этот мир, который переходит от бреда к галлюцинациям, как кажется, целиком зависит от патологии веры в межличностном поведении: социальный критерий истинности («верить тому, чему верят другие») больше не имеет для больного ценности, и в этот мир, который отсутствие другого лишило его объективной устойчивости, он вводит целый мир символов, фантазмов, навязчивостей; мир, где погас взгляд другого, наводняют галлюцинации и бред. Таким образом, в этих патологических феноменах больной возвращается к архаичным формам веры, когда первобытный человек не находил критерия истинности в своей солидарности с другим, когда он проецировал свои желания и свои страхи в фантасмагории, которые сплетали с реальностью неразрывную ткань сна, видения и мифа.

* * *

На горизонте всех этих исследований, несомненно, существуют объяснительные сюжеты, сами при этом расположенные на границе мифа: сначала миф о некоей психологической сущности («либидо» у Фрейда, «психическая сила» у Жане), которая выступала бы сырым материалом эволюции и, прогрессируя в ходе индивидуального и социального развития, претерпевала бы своеобразные повторения и возвращалась в случае болезни к своему предыдущему состоянию; затем миф о схожести больного, первобытного человека и ребенка — миф, который успокаивает сознание, шокированное психическим заболеванием[45], и укрепляет сознание, ограниченное своими культурными предубеждениями. Из этих двух мифов первый — по причине его научности — быстро отбросили (Жане сохранил анализ поведения, но не интерпретацию с помощью психической силы; психоаналитики все больше и больше противоречат биопсихологическому понятию либидо); другой, наоборот, поскольку он этичен, поскольку оправдывает больше, чем объясняет, еще жив.

Однако почти бессмысленно устанавливать тождество между патологической личностью больного и нормальной личностью ребенка или первобытного человека.

На самом деле из двух вещей нужно выбрать одну:

— Неукоснительно следовать интерпретации Джексона. «Я полагаю, — писал он, — что существует четыре слоя церебральных центров: A, B, C, D»; первая, наиболее мягкая, форма сумасшествия тогда будет выглядеть как — A + B + C + D; «сохранная личность есть на самом деле + B + + C + D; понятие — A используется только для того, чтобы показать, чем новая личность отличается от предшествующей»[50]. Патологическая регрессия не является в таком случае операцией вычитания: то, что вычитается в этой арифметике, т. е.

---

[50] Jackson, Facteurs de la folie, trad, franc., p. 30. 106

именно последний термин, обеспечивает и завершает личность; «остаток», следовательно, будет не предшествующей, а исчезнувшей личностью. Как тогда можно отождествлять личность больного с «предшествующими» ей личностями первобытного человека или ребенка?

— Расширить джексонизм, признав возможность реорганизации личности. Регрессия не довольствуется уничтожением и высвобождением; она упорядочивает и размещает, как говорили Монаков и Мург[46], характеризуя неврологический распад: «Дезинтеграция не является полной противоположностью интеграции… Было бы абсурдным говорить, что гемиплегия[47] является возвращением к предшествующей стадии обучения локомоции… Авторегуляция действует здесь так, что понятия чистой дезинтеграции не существует. Этот идеальный процесс скрыт созидательной способностью организма все время восстанавливать нарушенное равновесие»51.

Больше, значит, нельзя говорить об архаичных личностях; нужно признавать специфичность болезненной личности, поскольку патологическая структура психики не является производной от чего-либо, она абсолютно оригинальна.

Это не означает отбросить анализы патологической регрессии; их необходимо лишь освободить от мифов, которых не смогли прояснить Фрейд и Жане. Несомненно, было бы неправомерно, используя объяснительную перспективу, говорить, что заболевший человек вновь становится ребенком, но вернее было бы сказать с описательной позиции, что больной проявляет в своей болезненной личности сегментарные реакции, аналогичные таковым в предшествующих возрастных периодах или в другой культуре; болезнь обнажает и выбирает нормально интегрированное поведение[48]. Регрессия, стало быть, должна пониматься лишь как один из дескриптивных аспектов болезни.

Структурное описание болезни, таким образом, должно было бы анализировать позитивные и негативные симптомы каждого синдрома, то есть рассматривать во всех деталях исчезнувшие и высвободившиеся структуры. Нужно не только поместить патологические формы в перспективу, которая сделала бы взаимосвязанными и понятными факты индивидуальной и социальной регрессии, отмеченные Фрейдом и Жане, но и объяснить их. Итак, мы можем вкратце представить общие линии подобного описания:

1) Нарушение душевного равновесия и неврозы являются лишь первой ступенью распада психических функций. Поражение здесь касается общего равновесия психологической личности, и это нарушение, часто кратковременное, высвобождает исключительно аффективные комплексы — бессознательные эмоциональные структуры, возникшие в процессе индивидуальной эволюции;

2) В паранойе общее расстройство характера высвобождает чувственную структуру, что проявляется как акцентирование свойственного личности поведения, но ни ясность, ни порядок, ни связность психического фундамента еще не затронута;

3) Однако в онейроидных состояниях достигается уровень, где структуры сознания уже разделены, перцептивный контроль и связность рассудочной деятельности уже исчезли, и в этом распаде сферы сознания мы видим, как проступают сновидные структуры, которые обычно высвобождаются только во сне. Иллюзии, галлюцинации, обманы восприятия выражают в бодрствующем состоянии растормаживание форм сновидного сознания;

4) В маниакальных и меланхолических состояниях диссоциация достигает инстинктивно-аффективной сферы: эмоциональная дурашливость маниакального больного, утрата меланхоликом осознания тела и действий, направленных на самосохранение, являют собой негативные симптомы. Что касается позитивных форм заболевания, они появляются в тех пароксизмах моторного возбуждения, когда меланхолик проявляет свое отчаянье, маниакальный больной — свое эйфорическое возбуждение;

---

51 Monakow et Mourge, Introduction biologique la neurologie, p. 178 *[Monakow K. von, Mourgue R.* Introduction biologique a la neurologie. P., 1928].

5) Наконец, в состояниях спутанности сознания и шизофренических состояниях повреждение достигает степени оформившегося дефицита: в обстановке, где пространственные и временные ориентиры стали слишком неопределенными для того, чтобы указывать направление, мышление распадается на изолированные фрагменты, озвучивает пустой и темный мир «психических синкоп» или запирается в безмолвии тела, подвижность которого сама ограничена кататоническим синдромом. Как позитивные симптомы продолжают возникать лишь стереотипии[49], галлюцинации, выражающиеся в бессвязных слогах вербальные схемы, а внезапные эмоциональные всплески сменяются едва мелькнувшей апатией слабоумия.

6) И именно в деменции завершается цикл этого патологического распада, где изобилуют все негативные симптомы нарушений и где распад становится настолько глубоким, что больше не существует никакой инстанции растормаживания; больше нет личности, а есть лишь живое существо.

Но анализ такого типа не смог бы полностью исчерпать всего многообразия патологий[52]. Он недостаточен по двум причинам:

а) Он пренебрегает организацией больной личности, в которой регрессивные структуры всегда обновляются: каким бы глубоким ни был распад (случай слабоумия — единственное исключение), личность никогда не может исчезнуть полностью. О регрессии личности свидетельствуют не разрозненные элементы, поскольку она из них никогда не состояла, и не более архаичные личности, поскольку развитие личности необратимо, и есть лишь последовательность действий. Какой бы примитивной и простой она ни была, не нужно опускать организаций, с помощью которых шизофреник структурирует свой универсум: описываемый им раздробленный мир соответствует его рассеянному сознанию; время без будущего и прошлого, в котором он живет, отражает его неспособность проецировать себя в будущее и узнавать себя в прошлом; но этот хаос имеет своим связующим центром личностную структуру больного, обеспечивающую живое единство его сознания и его горизонта. Как бы человек не был болен, этот центр связности не может не существовать. Наука о психической патологии может быть лишь наукой о больной личности.

б) С другой стороны, регрессивный анализ описывает направленность болезни, не объясняя ее происхождения. Если бы болезнь являлась лишь регрессией, она как возможность была бы заложена в любом индивиде, в самом движении его эволюции; безумие было бы лишь случайностью, своеобразной платой за человеческое развитие. Но почему некий человек заболел и заболел в определенный момент определенным заболеванием, почему у его навязчивостей именно эта тема, почему его бред включает эти претензии или почему его галлюцинации восторгаются миром таких визуальных форм — абстрактное понятие регрессии не способно объяснить. Если исходить из эволюционистской перспективы, у болезни нет другого статуса, кроме как статуса всеобщей возможности. Причинность, которая делает ее необходимой, так же как и то, что наделяет каждую клиническую картину особенным оттенком, еще не открыта. Эту необходимость и ее индивидуальные вариации как раз и нужно искать в специфической эволюции, в личной истории больного.

Значит, нужно вести анализ дальше и дополнить это эволюционное, возможностное и структурное измерение анализом того измерения болезни, которое делает ее необходимой, наделенной смыслом и историчной.

Глава III. Болезнь и индивидуальная история

Психологическая эволюция интегрирует прошлое и настоящее, объединяя их в

---

[52] Ошибка неоджексонизма, как у А. Эйя, состоит в том, что регрессию превращают в «принцип» болезни, стремясь исчерпать таким образом целостность последней и отыскать в регрессии ее причину.

бесконфликтное единство, в то упорядоченное единство, что определяется как иерархия структур, в то прочное единство, которое может подорвать лишь патологическая регрессия; психологическая история, напротив, игнорирует подобную кумуляцию предшествующего и актуального, она выстраивает их относительно друг друга, устанавливая между ними расстояние, обычно допускающее напряжение, конфликт и противоречие. В эволюции прошлое порождает настоящее и делает его возможным; в истории настоящее отделяется от прошлого, придает ему смысл и делает его понятным. Психологическое будущее одновременно и эволюция и история; время психики должно анализироваться одновременно и через предшествующее и через актуальное — если говорить в терминах эволюции, а также через прошлое и настоящее — если говорить в терминах истории. Когда в конце XIX века, после Дарвина и Спенсера, все были очарованы открытием истины человека в развитии живого существа, казалось, что можно написать историю в терминах эволюции или совместить одну и другую в пользу второй— тот же софизм (sophisme), впрочем, мы нашли бы и в социологии той эпохи[50]. Ошибка, возникшая в психоанализе, а затем и в большей части генетических психологии, несомненно, состоит в том, что в единстве психологического будущего не улавливали этих двух несводимых друг к другу измерений эволюции и истории[53]. Но гениальный ход Фрейда заключается в том, что он смог достаточно быстро преодолеть эту эволюционистскую перспективу, разработав понятие либидо и получив посредством него доступ к историческому измерению человеческой психики.

Действительно, в аналитической психологии всегда можно вычленить то, что возвращается к психологии эволюции (как «Три очерка по теории сексуальности»), и то, что относится к психологии индивидуальной истории (как «Пять лекций по психоанализу» и тексты, которые с ними связаны). Ранее мы говорили об эволюции эмоциональных структур, той, что подробно описана в психоаналитической традиции. Теперь чтобы определить, чем может быть психическое заболевание, если его рассматривать в перспективе индивидуальной истории, мы коснемся другого аспекта психоанализа[54].

Вот наблюдение, которое Фрейд приводит во «Введении в психоанализ»[55]: женщина приблизительно пятидесяти лет подозревает своего мужа в том, что он изменяет ей с молодой девушкой, которая работает у нее горничной. Чрезвычайно банальные ситуация и чувства. Однако эта ревность обретает странное звучание: она появилась после анонимного письма, причем автор письма, который действовал только по причине мести и привел лишь неточные факты, известен; женщина знает все это, охотно признает несправедливость своих упреков к мужу, не задумываясь, говорит о любви, которую он всегда проявлял к ней. Но между тем ревность не исчезает; чем больше фактов подтверждает верность ее мужа, тем сильнее ее подозрения; ревность парадоксально выкристаллизовывается вокруг уверенности в отсутствии обмана. В то время как болезненная ревность в классической форме паранойи является непоколебимой убежденностью, возникающей на основе весьма разумного обоснования, то в этом наблюдении Фрейда мы видим пример импульсивной[51] ревности, которая постоянно оспаривает собственную обоснованность, каждый момент стремится опровергать и живет в угрызениях совести — это весьма любопытный (и относительно редкий) случай навязчивой ревности.

---

53 В работе «Моя жизнь и психоанализ» Фрейд отмечает влияние Дарвина на первоначальную ориентацию своей мысли.

54 Мы лишь кратко коснемся психоаналитической теории, которая вскоре во всей полноте будет представлена Госпожой Бутонье в работе этой же серии.

55 L'introduction a la psychanalyse, p. 270 *[Freud S. V* introduction a la psychanalyse / Trad. S. Jankelevitch. P., 1922. Русск. пер.: *Фрейд З.* Введение в психоанализ: Лекции / Пер. с нем. Г. В. Барышниковой. М., 1989].

В ходе анализа выясняется, что женщина влюблена в своего зятя, но испытывает такое чувство вины, что не может признать своего желания и переносит вину за любовь к лицу моложе себя на мужа. Более глубокое исследование показывает, впрочем, что эта привязанность к зятю амбивалентна и что за ней стоит окрашенная ревностью враждебность, предмет соперничества которой — дочь больной; в центре болезненного феномена, таким образом, оказывается гомосексуальная фиксация на дочери.

Метаморфозы, символизм, трансформация чувств в противоположные, искажение образов, перенос вины, превращение угрызений совести в обвинения — все эти процессы демонстрируют черты детского воображения. Эту проекцию ревности можно сопоставить с проекцией, описанной г-ном Валлоном[52] в «Истоках характера у детей»[56]: ссылаясь на Эльзу Келер[53], он приводит случай девочки трех лет, которая бьет по щеке своего маленького приятеля и, заливаясь слезами, бежит за гувернанткой, чтобы та успокоила того, кого она ударила. У этого ребенка, как и у навязчивой больной, о которой мы говорили, обнаруживаются одни и те же структуры поведения: недеференцированность сознания препятствует различению действия и чувства (бить — быть побитым, обманывать — быть обманутым); с другой стороны, амбивалентность чувств допускает некоторую обратимость агрессии и вины[54]. В обоих случаях мы обнаруживаем сходные черты психологического архаизма: изменчивость эмоциональных реакций, лабильность личностной структуры в оппозиции «я — другой». Но речь не идет о том, чтобы вновь укреплять регрессивный аспект болезни.

Здесь важно, что эта регрессия больной Фрейда имеет весьма определенный смысл — ей нужно избежать чувства вины: сдерживая любовь к своему зятю, она убегает от угрызений совести за чрезмерную любовь к своей дочери и ускользает от вины, порождаемой этой новой привязанностью, перенося ее на мужа, как бы отзеркаливая любовь, параллельную своей. В инфантильных приемах преобразования реальности, таким образом, есть своя выгода: они представляют собой бегство, простой путь воздействия на реальность, мифический способ трансформации своего «я» и других. Регрессия не является естественным погружением в прошлое, она есть умышленное бегство от настоящего. Скорее средство, чем само возвращение. Но от настоящего можно сбежать, лишь заменив его чем-то иным; прошлое, которое обнажается в патологическом поведении, не является истоком, к которому возвращаются как к потерянной родине, — это искусственное и воображаемое прошлое подмены:

— или подмена форм поведения: зрелое, развитое и адаптированное поведение уничтожается инфантильным, простым и неадаптированным, Как у знаменитой больной Жане: при мысли, что может заболеть ее отец, она проявляет пароксизмальные формы инфантильного возбуждения (припадок, моторные эксплозии[55], падения), поскольку отказывается от его адаптированных форм, которые предполагают заботу о лечении отца, поиск средств постепенного выздоровления, уход за ним в качестве сиделки;

— или подмена самих объектов: живые формы реальности субъект заменяет воображаемыми предметами своих первичных фантазмов, и мир выказывает себя в архаичных объектах. Реальные персонажи меркнут перед родительскими фантомами, поскольку у страдающих фобиями, сталкивающихся у порога каждого действия с одними и теми же угрожающими страхами, за стереотипными образами ужасающего животного (l'image stereotypee de l'animal temfiant), за неясными страхами, которые переполняют сознание, проступает грозящая расправой фигура отца или стремящаяся завладеть любовью мать,

Вся эта игра превращений и повторений проявляется у больных; к прошлому обращаются только с целью замены актуальной ситуации, и оно возвращается лишь когда

---

56 Les origines du caractere chez l'entant. P. 217 *[Wallon A.* Les origines du caractere chez l'enfant. P., 1949. Русск. пер.: *Валлон А.* Истоки характера у детей / Пер. с фр. М. Р. Гинзбурга // Вопросы психологии. 1990. № 5. С. 129–140].

дело касается неосуществимости настоящего.

* * *

Но какую выгоду может принести повторение приступа тревоги? Какой смысл вновь обнаруживать ужасающие фантазмы детской жизни, подменять взрослые расстройства эмоциональности еще незрелыми реальными формами активности? Зачем убегать от настоящего, если при этом актуализировать еще неадаптированные формы поведения?

Патологическая инертность поведения? Манифестация принципа повторения, которую Фрейд экстраполировал на биологическую реальность парадоксального «инстинкта смерти», стремящегося к неподвижному, к идентичному, монотонному, неорганичному так же, как инстинкт жизни всегда стремится к подвижности, новой органической иерархии? Это, несомненно, лишь констатация фактов без какого бы то ни было объяснения. Но в творчестве Фрейда и в психоанализе есть и то, с помощью чего можно объяснить эту неосуществимость настоящего, не прибегая к чистому и простому повторению прошлого.

Фрейд сам имел возможность анализировать симптом в его формировании. Речь шла о маленьком мальчике четырех лет, о Маленьком Гансе[57], страдавшем боязнью лошадей. Амбивалентный страх, поскольку он всеми силами стремился их увидеть и бежал к окну, как только слышал звуки повозки, но, стоило ему увидеть лошадь, на которую он пришел посмотреть, он кричал от страха. Амбивалентный страх еще и потому, что он одновременно боялся, что лошадь укусит его, и что она может упасть и разбиться насмерть. Хотел он или не хотел видеть лошадь? Боялся ли он за себя или за нее? Несомненно, все сразу. Анализ показывает ребенка в узловой точке всех эдиповых ситуаций: отец всячески стремился предупредить слишком сильную фиксацию на матери, но привязанность к матери становилась от этого еще сильнее, обострившись к тому же после рождения младшей сестры; так что отец для Маленького Ганса всегда был преградой между ним и матерью. В это время и формируется синдром. Чрезвычайно простой характер символизации исходного материала позволяет увидеть в образе лошади замену образа отца, и в амбивалентности страхов ребенка легко отгадать желание его смерти. Болезненный симптом является самым легким способом удовлетворения желания; эту смерть, которую он бессознательно желает для своего отца, ребенок видит в воображаемой смерти лошади. Но этот символизм, что чрезвычайно важно, не только является мифическим и образным выражением реальности, но играет по отношению к ней и функциональную роль. Несомненно, страх укуса лошади есть выражение страха кастрации: он символизирует отцовский запрет на любую сексуальную активность. Но этот страх раны удвоен навязчивой мыслью о том, что лошадь сама может упасть, пораниться и умереть; словно бы ребенок защищается собственным страхом от желания увидеть смерть своего отца и разрушение благодаря этому той преграды, которая отделяет его от матери. Итак, это убийственное желание проявляется в фантазмах страдающего фобией не непосредственно — оно присутствует у него в замаскированной форме страха: ребенок боится смерти лошади, так же как и ее укуса. Он защищается от своего желания смерти и отражает виновность отца, выражая ее эквивалентным страхом, который испытывает за себя самого; он боится «для отца» того же, чего боится сам. Таким образом, мы видим, что выразительное значение синдрома не является непосредственным, но проступает через серию механизмов защиты. В этом случае фобии имеют значение два таких механизма: первый превращает страх за себя самого в желание смерти того, перед кем страх возникает; второй трансформирует это желание в боязнь увидеть, как оно исполнится.

Опираясь на этот пример, стало быть, можно сказать, что польза, извлеченная больным из неосуществимости в болезни своего настоящего, основана на потребности от этого настоящего защититься. Болезнь включает все реакции бегства и защиты, с помощью

---

[57] Cinq psychanalyses, p. III.

которых больной реагирует на ситуацию, в конторой он оказывается; и, начиная с этого настоящего, той актуальной ситуации, все их нужно учитывать и понимать как развивающиеся регрессии, имеющие значение для патологического поведения; регрессия является не только возможностью эволюции, но и следствием истории.

Это понятие психологической защиты является центральным. Именно вокруг него вращается весь психоанализ. Толкование бессознательного, исследование детских травм, высвобождение либидо, предполагаемое во всех феноменах эмоциональной жизни, дополненной такими мифическими импульсами, как инстинкт смерти — в течение долгого времени психоанализ был только этим, но он все более и более стремился к тому, чтобы довести свое исследование до механизмов защиты и в конце концов признать, что субъект репродуцирует свою историю, лишь реагируя на актуальную ситуацию. Г-жа Анна Фрейд перечислила эти механизмы защиты[58]. Кроме сублимации, признаваемой ею нормальным поведением, она обнаруживает девять способов, с помощью которых больной защищается, и которые своим сочетанием определяют возникновение различных форм невроза — вытеснение, регрессия, реактивное образование, изоляция, отмена бывшего некогда (l'annulation retroactive), проекция, интроекция, обращение на себя[56], обращение в противоположное.

— Истерик использует главным образом вытеснение: он изымает из сознания все сексуальные репрезентации, он нарушает меру безопасности, психологическую непрерывность, и в этих психических синкопах появляются бессознательное, провалы в памяти, безразличие, которое составляет нечто вроде «прекрасного настроения» истерика; он также разрушает единство тела, чтобы стереть из него все символы и все субституты сексуальности, вследствие чего и появляются анестезии[57] и нервный паралич[58];

— Обсессивный больной, наоборот, защищается в основном «изоляцией», он отрывает конфликт от его контекста, наделяет его символами и выражениями, лишенными очевидной связи с содержанием, и столкновение сил приводит к внезапному появлению на фоне адаптированного поведения импульсивных, ригидных и абсурдных действий, о чем свидетельствует случай больной Фрейда[59], которая, не зная зачем, не оправдываясь ни чувством осторожности, ни скупостью, не могла воздержаться от записи всех номеров банковских билетов, проходивших через ее руки. Но у этого поведения, абсурдного в своей изоляции, если бы его поместили в эмоциональный контекст, появился бы смысл: оно являлось эхом испытываемого больной желания уверить в любви человека, передав ему монету как залог, но все купюры похожи друг на друга…; если она смогла бы ему дать купюру, которую можно узнать по номеру… И она защитилась от этой любви, которую связывала с виной, изолируя действия своими сентиментальными оправданиями;

— Параноик — бредящий, одновременно преследуемый и преследователь, разоблачающий в сердцах других свои собственные желания и собственную ненависть, любящий то, что желает разрушить, идентифицирующийся с тем, что ненавидит, — отличается в основном механизмами проекции, интроекции и обращения на себя. Именно Фрейд впервые выделил все эти процессы в параноической ревности[60]. Когда параноик уличает своего партнера в обмане, когда он выстраивает вокруг этой измены систему интерпретаций, он не делает ничего, кроме как упрекает другого в том, в чем винит себя

---

[58] Anna Freud, Le moi et les mecanismes de defense, p. 39 *[FreudA.* Le moi et les mecanismes de defense / Trad. A. Berman. P., 1949. Русск. пер.: *Фрейд А.* Психология Я и защитные механизмы / Пер. с нем. Р. Гинзбурга. М., 1993].

[59] Introduction a la psychanalyse, p. 286.

[60] Cinq psychanalyses: «Le president Schreber», p. 301 [Русск. пер.: *Фрейд З.* Психоаналитические заметки об одном случае паранойи (dementia paranoids), описанном в автобиографии / Пер. с нем. С. Панкова // Фрейд З. Собр. соч.: В 26 т. Т. 3. Одержимость дьяволом. Паранойя. СПб., 2007. С. 127].

самого; если он обвиняет свою возлюбленную в том, что она изменяет ему с другом, это потому, что сам желает его, и он защищается от этого гомосексуального желания, трансформируя его в гетеросексуальную связь и проецируя на другого в виде упрека в измене. Но через симметричную проекцию, смысл которой состоит в доказательстве невиновности и катарсисе, он станет обвинять в гомосексуальном желании того, кого сам желает, и через обращение аффекта на себя будет хвастаться мифической ненавистью, оправдывая в своих глазах ухаживания соперника. «Не я тебя обманываю, но ты мне изменяешь», «не я его люблю, но он желает и преследует меня», «я не люблю его, а ненавижу» — таков механизм, посредством которого параноик, защищающийся от своего гомосексуализма, конституирует бред ревности.

Патологическая итерация[59] к прошлому, таким образом, теперь обретает смысл: это не дополнение «инстинкта смерти», который ее предполагает, — фиксация является частью этих механизмов защиты или, скорее, обращением к уже сформированному ансамблю защит. Итеративная форма патологического вторична по отношению к своей защитной функции.

* * *

Узловая проблема остается: от чего защищается больной, когда ребенком он устанавливает формы защит, которые потом проявит в невротических повторениях своей взрослой жизни? Что это за постоянная опасность, которая, появившись на заре психологической жизни, будет всегда проступать в его мире, непрестанно угрожая в тысячах лиц?

И снова путеводной нитью нам может послужить анализ симптома. Девочка десяти лет совершает мелкую кражу[61]. Она крадет плитку шоколада на глазах у продавщицы, которая ругает ее и грозится рассказать об этой истории матери девочки. Кража в своей импульсивности и неумелости сразу же выдает невротический характер. Ее история ясно показывает, что этот симптом является пунктом схождения двух линий поведения: желания завоевать материнскую любовь, которой она обделена, и символом которой здесь, что происходит достаточно часто, выступает вещь, употребляемая в пищу; а с другой стороны — комплекса реакций вины, являющихся следствием агрессивного стремления добиться этой любви. Симптом появляется как компромисс между двумя этими линиями поведения: совершая кражу, ребенок дает волю своим потребностям в любви, но он высвобождает свое чувство вины, воруя так, чтобы его поймали. Неумелая кража предстает ловким поведением, ее грубый характер есть следствие хитрости: являясь компромиссом между двумя противоречивыми тенденциями, она — способ овладеть конфликтом. Патологический механизм, таким образом, есть защита от конфликта, защита от того противоречия, что он несет.

Но не каждый конфликт провоцирует болезненную реакцию, и напряжение, что он порождает, не всегда патологическое; оно вплетено в ткань любой психологической жизни. Конфликт, который обнаруживает невротический компромисс, является не просто внешним противоречием объективной ситуации, но имманентным противоречием, где отношения запутываются настолько, что компромисс вместо того, чтобы стать решением конфликта, является последней каплей в его углублении. Когда ребенок крадет, чтобы восстановить утраченную любовь, и успокаивает свою совесть, намеренно попадаясь, понятно, что в результате его поведение, принеся желанное наказание, еще больше отнимет ту любовь, по которой он тоскует, усилит у него желание привязанности, которое символизирует кража, и мгновенно удовлетворит его, усилив таким образом чувство вины. Опыт фрустрации и реакция виновности, стало быть, не являются двумя различными стратегиями, между

---

61 A. Freud, Le traitement psychanalytique des enfants *[Freud A.* Le traitement psychanalytique des enfants / Trad. Ë. Rochat et A. Berman. P., 1951].

которыми раздирается поведение, но выступают как противоречивое единство, определяющее биполярность одного и того же действия. Патологическое противоречие не является нормальным конфликтом: оно выводит наружу аффективную жизнь субъекта, порождает противоречивые действия, заставляет его метаться, провоцирует поведение, а затем рождает угрызения совести; оно может довести противоречивость до полной нелогичности. Но нормальная нелогичность в любом случае отличается от патологической абсурдности. Она вдохновляется изнутри противоречием: логика ревнивца, когда он уличает свою жену в измене, безукоризненна; безукоризненна она и у обсессивного в выстраиваемых им предосторожностях. Но эта логика абсурдна, поскольку, развиваясь, она углубляет то противоречие, которое стремится преодолеть. Когда больная Фрейда[60] в обсессивной озабоченности выносит из своей спальни все часы, и главным образом те, тиканье которых может нарушить ее сон, она одновременно и защищается от своих сексуальных желаний, и мифически удовлетворяет их: она удаляет все символы сексуальности и физиологической регулярности, которую может нарушить желаемое ею материнство, одновременно удовлетворяя свои желания магическим путем и в действительности усиливая чувство вины[62]. В то время как нормальный индивид испытывает опыт противоречия, больной переживает противоречивый опыт; опыт первого выходит за рамки противоречия, опыт второго замыкается на нем. Иными словами, конфликт нормален, если противоречива ситуация, патологичен — если противоречив опыт[63].

Так же как страх есть реакция на внешнюю опасность, тревога представляется аффективным измерением этого внутреннего противоречия.

Являясь общей дезорганизацией эмоциональной жизни, она есть центральное выражение амбивалентности, формой, в которой эта дезорганизация завершается, поскольку является головокружительным опытом синхронного противоречия, одновременного желания жизни и смерти, любви и ненависти, ощутимым апофеозом психологического противоречия. Страх ребенка, который связан с укусом, где эротизм поглощения ответствен за деструктивную агрессивность, тревожит также и меланхолика, который, чтобы спасти от смерти объект привязанности, идентифицируется с ним, становится им, но доходит до того, что сам переживает смерть другого как свою, и не может удержать другого в жизни, иначе как соединившись с ним в смерти. Говоря о страхе, мы оказываемся в центре патологических значений. За всеми защитными механизмами, которые характеризуют болезнь, стоит тревога, и каждый тип болезни реагирует на нее специфическим образом: истерик подавляет свою тревогу и запирает ее, воплощая в телесном симптоме; обсессивный ритуализирует действия вокруг символа, что позволяет ему удовлетворить обе стороны двойственности (satisfaire les deux cotes de son ambivalence); что касается параноика, то он оправдывается мифически, посредством проекции приписывая другим все чувства, которые несут его собственную амбивалентность, и прячет тревогу за своей агрессивностью. Именно тревога является и психологическим испытанием внутреннего противоречия, которое служит общим знаменателем и придает единое значение психологическому будущему индивида: она была впервые пережита в противоречиях детской жизни и в той амбивалентности, что они вызывают; затем, благодаря невидимой силе, устанавливаются защитные механизмы, повторяющие в течение жизни свои ритуалы, свои предосторожности, свои ригидные маневры, как только тревога грозит появиться вновь.

Таким образом, можно сказать, что в определенном смысле именно посредством тревоги психологическая эволюция трансформируется в индивидуальную историю и именно тревога, соединяя прошлое и настоящее, располагает их по отношению друг к другу и

---

62 Introduction a la psychanalyse, p. 287.

63 Это то противоречивое единство поведения и эмоциональной жизни, что после Блейлера называется «амбивалентностью».

наделяет общностью смысла; кажется, патологическое поведение связано с парадоксально архаичным содержанием и значительной включенностью в настоящее. Дело в том, что настоящее, готовое вызвать амбивалентность и тревогу, активирует комплекс невротических защит; но эта угрожающая тревога и механизмы, которые ее устраняют, были давно уже зафиксированы в истории субъекта. Болезнь разворачивается словно порочный круг: больной защищается своими актуальными защитными механизмами от прошлого, тайное присутствие которого вызывает тревогу, но с другой стороны, он защищается от возможности актуальной тревоги, прибегая к защите, установленной ранее в сходных ситуациях. Защищается ли больной своим настоящим от своего прошлого или же он защищается от своего настоящего с помощью минувшей истории? Несомненно, следует отметить, что этот круговорот описывает сущность патологического поведения: если больной болен, то именно потому, что связь настоящего с прошлым лишена прогрессирующей интеграции. Любой индивид, конечно, когда-либо испытывал тревогу и выработал защитное поведение, но больной переживает свою тревогу и свои механизмы защиты в циркулярности, которая заставляет его защищаться от тревоги с помощью механизмов, исторически с ней связанных, и которые в силу этого ее еще больше усиливают и постоянно грозят ее новым витком.

В противоположность истории нормального индивида, эта циркулярная монотонность является чертой патологической истории.

* * *

Психология эволюции, описывающая симптомы как выражение архаичного поведения, должна быть, следовательно, дополнена психологией генезиса, рассматривающей актуальный смысл этих регрессий в истории. Необходимо найти стиль психологической связности, который даст понимание болезненных феноменов, не обращаясь к моделям референции и не используя описания стадий, сходных с биологическими фазами. Нужно отыскать тот узел психологических значений, начиная с которого исторически упорядочивается болезненное поведение.

Итак, той точкой, в которой сходятся значения, как мы только что видели, является тревога. Психологическую историю больного составляет все поведение, устанавливающее механизмы защиты от амбивалентности эмоциональных противоречий. Но в психологической истории статус тревоги двойственен: именно ее мы обнаруживаем за тканью всех патологических эпизодов субъекта, она их неотступно преследует, но если она уже существует, если эти эпизоды сменяют друг друга, как и попытки ускользнуть от нее, если она сопровождает их, то это потому, что она им предшествовала. Почему один индивид обнаруживает в ситуации лишь разрешимый конфликт, а другой — противоречие, от которого прячется в патологию? Почему одна и та же Эдипова амбивалентность будет преодолена одним, тогда как у другого вызовет длительную череду патологических механизмов? Именно саму необходимость индивидуальная история обозначает как проблему, при этом не обосновывая ее. Чтобы противоречие было пережито в тревожном модусе амбивалентности, чтобы в конфликте больной погрузился в круговорот патологических механизмов защиты, тревога, которая трансформировала бы амбивалентность ситуации в амбивалентность реакций, должна уже присутствовать. Если тревога заполняет историю индивида, то именно потому, что она является ее принципом и ее основанием; как отправной пункт она определяет некий стиль опыта, которым отмечены порождаемые ею травмы, психологические механизмы, используемые ею в патологических эпизодах формы повторения, поскольку тревога есть *a priori* существования.

Анализ эволюции определил болезнь как возможность, индивидуальная история позволяет рассмотреть ее как факт психологического будущего. Но теперь ее нужно осмыслить в ее экзистенциальной необходимости.

Глава IV. Болезнь и существование

Анализ механизмов болезни не учитывает стоящей за ними реальности, конституирующей их в их патологической природе; прорываясь на свет, она призывает увидеть в тревоге решающий болезненный элемент — сердце болезни. Но для понимания необходим новый стиль анализа: как форма опыта, выходящая за пределы своих собственных проявлений, тревога не может позволить ограничивать себя натуралистическим анализом; коренясь в сердце индивидуальной истории, передавая ей свои перипетии, уникальное значение, она также не может быть исчерпана анализом историческим, но история и природа человека могут быть осмыслены лишь по отношению к ней.

Теперь необходимо погрузиться в центр этого опыта, поскольку лишь проникнув внутрь, можно будет установить созданные эволюцией естественные структуры болезненного мира и сформированные психологической историей индивидуальные механизмы. Здесь нужен метод, не заимствующий ничего от Naturwissenschaften[61] с их дискурсивными анализами и механической причинностью, не обращающийся также к биографической истории с ее описанием последовательных цепей и серийным детерминизмом — метод, который, напротив, должен схватить совокупность как целостность, элементы коей не могут быть разобщены так, как они были рассредоточены в истории. Больше недостаточно сказать, что страх ребенка является причиной фобий у подростка; нужно найти за этим возникшим страхом и этими болезненными симптомами сходный стиль тревоги, который придает им значимое единство. Дискурсивная логика здесь только и может, что запутаться в хитросплетениях бреда и изнурить себя, следя за доказательствами параноика. Интуиция идет быстрее и дальше, когда восстанавливает фундаментальный опыт, возвышающийся над всеми патологическими процессами (в случае паранойи, например, — это радикальное искажение живых отношений (rapport vivant) с другим). Обнаруживая под единственным взглядом сущностную целостность, интуиция одновременно сокращает, вплоть до ее полного преодоления, дистанцию, конституирующую любое объективное знание: натуралистический анализ рассматривает больного, отчуждая его как естественный объект, историческая рефлексия сохраняет эту отчужденность, что позволяет объяснять, но редко ведет к пониманию. Интуиция, ныряющая внутрь болезненного сознания, стремится увидеть патологический мир глазами самого больного; истина, которую она ищет, принадлежит порядку не объективности, а интерсубъективности.

Поскольку понимать означает мгновенно объединить, схватить и проникнуть, эта новая рефлексия болезни — прежде всего «понимание»; именно с этим методом работает феноменологическая психология[62].

Но возможно ли понять все? Сущность душевной болезни, в противоположность нормальному поведению, как раз не может быть эксплицирована, сопротивляется любому пониманию. Не является ли ревность нормальной, когда мы понимаем даже ее крайности, и не болезненна ли она, если «мы больше не понимаем» даже самых элементарных ее реакций? Вспомним, Ясперс[64] показал, что понимание в действительности может выходить за границы нормального, и что интерсубъективное понимание может помочь приблизиться к патологическому миру в его сущности[63]. Несомненно, существуют болезненные формы, которые все еще недоступны феноменологическому пониманию и останутся таковыми. Это прямые производные процессов, незнакомых нормальному сознанию, такие как вторжение в сознание образов, вызванных интоксикациями, как «психические метеоры», которые можно объяснить лишь нарушением развертывания сознания — тем, что Ясперс назвал «психическая атаксия»[64], наконец, те впечатления, которые кажутся заимствованными нами у абсолютно чуждой чувственной материи: ощущение влияния, проникающего вглубь

---

64 K. Jaspers, Psychopathologie generale *[Jaspers K.* Psychopathologie generale/Trad. A. Kastler, J. Medousse. P., 1928. Русск. пер.: *Ясперс К.* Общая психопатология / Пер. с нем. Л. Акопяна. М., 1997].

мышления; ощущение испещренности силовыми полями, материальными и одновременно таинственными и невидимыми; опыт необычной трансформации тела.

Но по эту сторону далеких границ понимания, за которыми открывается чуждый для нас и мертвый мир безумия (insense), болезненный мир все еще проницаем. Посредством этого понимания предполагается одновременно воссоздать и тот опыт, в котором больной переживает свою болезнь (как он воспринимает себя в качестве больного, ненормального или страдающего индивида), и болезненный мир, открывающийся этому болезненному сознанию, — мир, который оно воспринимает как объект и который в то же самое время само конституирует. Понимание больного сознания и воссоздание его патологического мира — таковы две задачи феноменологии душевной болезни.

* * *

Осознание больным своей болезни абсолютно своеобразно. Нет, несомненно, ничего ошибочнее, чем миф безумия — болезни, которая не ведает самой себя; расстояние, отделяющее сознание врача от сознания больного, несоизмеримо с той дистанцией, которая разделяет знание болезни и незнание о ней. Врач находится не на стороне здоровья, полностью овладевшего знанием о болезни, а больной — не на стороне болезни, не ведая ни о чем, даже о своем собственном существовании. Больной осознает свою аномалию и придает ей, по крайней мере, смысл непреодолимого различия, которое отделяет его от сознания и мира других. Но каким бы ясным не было сознание больного, он не сможет посмотреть на свою болезнь так же, как врач: он никогда не достигнет той умозрительной дистанции, которая позволила бы ему, отбросив себя самого, схватить болезнь как происходящий внутри него объективный процесс; сознание болезни погружено в болезнь, укоренено в ней, и когда оно ощущает болезнь, оно выражает ее[65]. То, как больной принимает или отвергает болезнь, то, как он ее истолковывает, и какое значение придает ее самым абсурдным формам — все это конституирует важнейшие измерения болезни. Не бессознательное погружение больного в процесс и опыт болезни (патологического), не ясное, исключительное и объективное осознание этого процесса, но осознание аллюзивное, диффузное восприятие болезненного окружения, на основании которого выделяются патологические идеи, — таков этот амбивалентный модус сознания, и это его вариации должна анализировать феноменологическая рефлексия65.

1) Болезнь может восприниматься объективно, лишь если она максимально отдалена от больного сознания. Стремясь сдержать ее развитие и отказываясь признать ее, больной придает ей смысл акцидентного и органического процесса[66]. И в пределах своего тела больной поддерживает болезнь: опуская или отрицая какие-либо изменения психологического содержания своего опыта, он признает значимым и в конечном счете ощущает и тематизирует лишь его органическое содержание. Вместо того чтобы скрывать болезнь, он выставляет ее напоказ, но лишь в ее физиологических составляющих; и в объективности, которой он наделяет свои симптомы, врач вправе увидеть проявления субъективных расстройств. Именно это доминирование органических процессов в поле сознания больного и тот страх, который он испытывает по отношению к своей болезни, создает гамму истерических знаков (параличи[67] или психогенные анестезии[68]), психосоматических симптомов[69] или, наконец, ипохондрических тревог[70], и все они одинаково часто встречаются как в психастении, так и в некоторых формах шизофрении. Являясь элементами болезни, эти органические или псевдоорганические формы предстают для больного модусами ее восприятия.

2) В большинстве обсессивных расстройств, во многих случаях паранойи и иногда при

---

65 Именно в этом ракурсе исследовал шизофрению Вирш (Die Person des Schizophrenen) *[Wyrsch J.* Die Person des Schizophrenen. Bern, 1949].

шизофрении больной признает, что болезненный процесс захватывает как тело, так и личность. Но парадоксально то, что он отыскивает предпосылки болезни в своей истории, в своих конфликтах с окружающими, в противоречиях актуальной ситуации, он описывает генезис, но, в то же самое время, он замечает в начале своей болезни прорыв нового существования, которое в корне искажает смысл его жизни, грозя разрушить ее[71]. Будучи очевидцами своей собственной ревности, больные оправдывают недоверие, интерпретации, бредовые систематизации подробным генезисом подозрений и, кажется, рассеивают свои симптомы по ходу всего существования, но при этом признают, что начиная с такого-то события или с такого-то выплеска их страсти существование их полностью изменилось, что их жизнь отравлена и что они больше не могут этого выносить. Они видят в болезненной ревности глубочайшую истину своего существования и одновременно совершеннейшее несчастье. Они преодолевают его, рассказывая обо всей своей жизни, но при этом они изолированы от нее внезапным потрясением. Они страшатся своей болезни как злого рока; болезнь уйдет из их жизни, лишь разрушив ее. 3) Это парадоксальное единство не может сохраняться постоянно: в этом случае болезненные элементы отрываются от своего нормального контекста и, вновь замкнувшись на себе самих, конституируют автономный мир. Это мир, наделенный для больного множеством признаков объективности: его поддерживают и преследуют внешние силы, тайна которых ускользает от любого исследования, ему навязывают эту очевидность, а он всеми силами сопротивляется. Галлюцинации, которые его наводняют, дают ему чувственную полноту реальности; соединяющий элементы бред обеспечивает квазирациональную логику. Но сознание болезни в этой квазиобъективности не испаряется, оно присутствует — по крайней мере, где-то на окраине: этот мир галлюцинаторных элементов и кристаллизованных бредовых идей не обязательно накладывается на реальный мир[72]. Больной никогда не путает голос своего врача и галлюцинаторные голоса своих преследователей, даже если врач для него лишь преследователь. Самый богатый бред может как максимум казаться больному столь же реальным, как сама реальность, и в этой игре двух реальностей, в этой театральной амбивалентности, сознание болезни предстает сознанием другой реальности.

Эту оппозицию реальному миру, или, скорее, непреодолимую рядоположность этих двух реальных миров, больной с готовностью признает: галлюцинирующий спрашивает у своего собеседника, не слышит ли он преследующих его голосов, — в итоге он уступает этой очевидности своих чувств, а если мы противопоставляем отрицание или полное игнорирование используемых им фактов, умело приспосабливается и заявляет, что при данных условиях слышит голоса только он. Это своеобразие опыта не исключает для больного сопутствующей уверенности, но, доверяя своему опыту и даже будучи убежденным в его реальности, больной признает необычный характер и болезненную странность своего мира. Допуская существование двух миров, приспосабливаясь к первому, как ко второму, он выражает основу своего поведения, специфическое осознание болезни.

4) Наконец, в отягощенных формах шизофрении и в состоянии слабоумия больной полностью поглощается миром своей болезни. Однако он сохраняет и тот мир, который покинул, — как далекую и подернутую дымкой реальность. Кажется, что в этом сумрачном пейзаже, где самые реальные переживания — события, услышанные слова, окружающий мир — становятся фантомами, у больного все еще присутствует океаническое ощущение своей болезни. Погруженный в болезненный мир, он сохраняет осознание бытия, и, насколько мы можем судить по рассказам излеченных больных, в его сознании всегда живет впечатление, что реальность предстает перед ним как маскарад, карикатура и метаморфоза, точнее, в модусе сновидения[73]. Г-жа Сешехэ[66], успешно лечившая одну молодую шизофреничку, зафиксировала те впечатления, которые ее больная испытывала в течение своего патологического эпизода: «Казалось, — говорит та, — мое восприятие мира приводило к

---

66 Sechehaye, Journal d'une schizophrene, p. 50 et p. 56 *[Sechehaye M.* Journal d'une schizophrene. P., 1950].

обостренному ощущению необычности вещей. В тишине и безмерности каждый объект, отделяясь от других, резко выступал из пустоты и бесконечности. Он начинал существовать обособленно, вне связи с окружающим миром… Я чувствовала себя выброшенной миром из жизни, словно смотришь непонятный фильм, который непрерывно тебе показывают и в котором ты не можешь поучаствовать». И несколько позже она добавляет: «Люди видятся мне словно во сне, я не могу больше различить их особенностей». Сознание болезни не становится яснее, в то время как безмерное духовное страдание, предшествующее миру, осознается как таковое в имплицитной связи с уже недосягаемой реальностью.

Психическая болезнь, каковы бы ни были ее формы, и различные ступени помрачения сознания[74], которые она включает, всегда предполагает сознание болезни; болезненный мир никогда не замыкается на себе настолько, чтобы исчезли все связи с миром нормальным; напротив, больное сознание проявляется всегда, содержа в себе самом двойную отсылку — или к нормальному и патологическому, или к привычному и странному, или к необычному и общему, или, наконец, к бодрствованию и сновидению.

* * *

Но это больное сознание не сводится лишь к сознанию, охватывающему болезнь; оно обращается и к патологическому миру, структуры[75] которого сейчас и нужно исследовать, дополняя таким образом ноэтический анализ ноэматическим.

1) Г-н Минковски занимался исследованием нарушений темпоральных форм болезненного мира. Он анализировал, в частности, случай параноидного бреда: больной постоянно ощущал угрозу надвигающихся катастроф, которые не могли предотвратить никакие предосторожности; эту неотвратимость он чувствовал постоянно, и, несмотря на то что несчастья, которого он страшился, так и не происходило, невозможно было доказать ему, что этого не случится в любой последующий момент. Итак, катастрофа, угрозу которой он ощущает, заключается в том, что он должен погибнуть, раздавленный отходами, трупами, мусором, отбросами. Между этим содержанием бреда и тревожной идеей катастрофической неотвратимости легко заметны характерные отношения: навязчивая идея «остатков» отражает неспособность больного понять, как вещь может исчезнуть, и почему то, чего нет, не может продолжать жить. Нагромождения прошлого для него не исчезают, и, соответственно, прошлое и настоящее не достигают предвосхищения будущего, никакая обретенная безопасность не может уберечь от появления содержащейся в нем угрозы; в будущем все есть нелепая возможность.

В своем бредовом хитросплетении эти две идеи, таким образом, обнаруживают значительное нарушение темпоральности: время больше не направлено вперед и останавливает свой ход прошлое накапливается, а единственно возможное будущее, которое открывается больному, может принести лишь уничтожение настоящего массой беспрестанно утяжеляющегося прошлого[67].

Каждое расстройство, стало быть, сопровождается специфическим изменением проживаемого времени[76]. Бинсвангер, например, в работе «О скачке идей»[77] охарактеризовал темпоральные нарушения маниакального существования так: время предстает здесь раздробленным, представленным отдельными временными промежутками[78], и, закрытое для прошлого и будущего, оно кружится вихрем — иногда скачками, иногда повторениями. Именно на основании нарушенной таким образом темпоральности должна появиться «бессвязность мышления» с характерным чередованием тематических повторений и скачущих, непоследовательных ассоциаций. Время шизофреника тоже скачкообразно, но его составляет неотвратимость Внезапного (Soudain) и Жуткого (Terrifiant), от которых больной ускользает лишь в миф пустой вечности; время шизофреника разворачивается, таким

---

[67] Minkowski, Le temps vecu *[Minkowski E.* Le temps vecu. P., 1933].

образом, между раздробленным тревогой временем и бесформенной, заполненной бредом вечностью[68].

2) Пространство как структура проживаемого мира может анализироваться сходным образом.

Иногда утрачиваются дистанции[79] — как у бредовых больных, в лицах людей узнающих тех, кого они видели в другом месте, или у галлюцинирующих, слышащих свои голоса не в объективном пространстве, где располагаются источники звука, а в мифическом, некоем квазипространстве, где оси координат нечетки и подвижны: они слышат голоса преследователей здесь, рядом, вокруг, внутри, и одновременно располагают их за стенами, пределами города и границами[80]. Прозрачное пространство, где каждый объект имеет свое географическое место и где сходятся перспективы, заменяет пространство непроницаемое, где объекты смешиваются, приближаются и отдаляются в непосредственной подвижности, перемещаются без движения и в конечном счете сливаются в горизонте без перспективы; как говорит г-н Минковски, «ясное пространство» заволакивается «темным пространством», пространством страха и ночи, или, скорее, вместо того, чтобы четко разделяться, в болезненном мире они накладываются друг на друга[69][81].

В других случаях пространство становится жестким и распадается на отдельные фрагменты. Объекты утрачивают свое свойство включенности, позволяющее использовать их; они являют себя в странной полноте, отрывающей их от контекста, и предстают изолированно, вне реальной или виртуальной связи с другими объектами; инструментальные отношения исчезают. Г-н Роланд Кун[82] изучал в этом контексте «бред фаниц» у некоторых шизофреников: важность границ, пределов, стен связана с тем, что в случае отсутствия внутреннего единства вещей они должны ограждать, закрывать и защищать, т. е. поскольку эти вещи «не держатся» вместе, их необходимо защищать извне и поддерживать единство, которое им не присуще. Объекты утрачивают свои связи, а пространство — свою связность, как у больного, постоянно рисовавшего план фантастического города, бесконечные укрепления которого защищали лишь агломерат безликих зданий. Смысл «инструментальности» исчезает из пространства, мир *Zuhandenen* [83], как сказал бы Хайдеггер, для больного является не более чем миром *Vorhandenen* [84].

3) Существует не только пространственно-временная среда — *Umwelt* [85], которая несколько изменяет свою экзистенциальную структуру в процессе болезни, но и *Mitwelt* [86] — социальный и культурный мир. Другой больше не выступает для больного партнером в диалоге, соучастником в деятельности, и больше не явлен ему на фоне социальных импликаций, но утрачивает свою «социальную» реальность и становится в этом опустошенном мире Чужим (Etranger). Это радикальное изменение связано со столь же частым синдромом «символической дереализации другого» — чувством чуждости языка, системы экспрессии, тела другого: больному сложно достигнуть уверенности в существовании другого. Негибкий, отдаленный межличностный мир, в котором явленные вещи застывают, значение приобретает тотальное равнодушие вещей, а символы запутаны, словно головоломки, — это ригидный мир психастеников и большинства шизофреников. Больная г-жи Сешехэ описывает одно из первых ощущений ирреальности следующим образом: «Я находилась в патронате и вдруг заметила, что зал огромен и освещен ужасным светом… Ученики и наставницы казались марионетками, которые беспричинно и бесцельно передвигались… Я слышала разговоры, но не понимала слов. Голоса казались мне металлическими, лишенными тембра и выразительности. Иногда слово отрывалось от этого ансамбля. Оно резко и абсурдно повторялось в моем мозге». Ребенок испугался, и

---

68 Binswanger, Der Fall Jurg Zund, Schweizer Archiv f. Neur. 1946 *[Binswanger L.* Der Fall Jurg Zund // Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatric 1946: № 56. S. 191–220; 1947: № 58. S. 1-43; № 59. S. 21–36].

69 Minkowski, Le temps vecu.

наставница пытается успокоить его: «Она мне мило улыбается… Но эта улыбка, вместо того, чтобы успокоить меня, лишь усиливает мой страх и мое смятение — я заметила ее белые и ровные зубы. Эти зубы блестели в лучах света, и вскоре, все еще оставаясь самими собой, они заняли все пространство, словно зал был лишь зубами в лучах безжалостного света»[70].

Постоянно изменяющийся мир галлюцинаторного бреда существует и на другом полюсе патологии: смятение всегда возобновляется псевдопризнанием, где любой другой является не другим, но большим Другим[87], постоянно встречаемым, постоянно преследующим и постоянно возникающим: единосущное присутствие в тысячах лиц ненавистного человека, обманывающего и убивающего, мучающей женщины, замышляющей великий заговор смерти. Любое лицо, будь оно чужим или родным, лишь маска; любая речь, ясная или непонятная, лишь укрывает смысл — маска преследователя и смысл преследования.

Маски психастении, маски галлюцинаторного бреда: в однообразии первых исчезает разнообразие человеческих лиц, и именно за бесчисленными образами вторых обнаруживается единство, устойчивость и тяжесть неумолимого смысла, бредовый опыт галлюцинирующего.

4) Наконец, болезнь может затронуть человека в его индивидуальной сфере, где развертывается опыт собственного тела. Тело в этом случае перестает быть центром референции, вокруг которого пути мира раскрывают свои возможности. Одновременно искажается присутствие тела в горизонте сознания. Иногда оно уплотняется до такой степени, что оборачивается тяжеловесностью и неподвижностью вещи, оно изменяется в своей объективности, в рамках которой сознание больше не может признавать тело: тело переживается не иначе как живой труп (cadavre) или инертная машина, и все его импульсы приобретают загадочный характер. Вот что говорила больная, наблюдаемая г-ном Минковски: «Раз в два дня мое тело твердое как дерево. Сегодня оно плотное, как эта стена, а вчера у меня все время было впечатление, будто оно — словно черная вода, чернее этой трубы… Совершенно черная, пенисто черная, как грязь… Мои зубы толщиной с перегородки выдвижного ящика… Кажется, что мое тело плотное, скользкое и склеенное, как этот паркет»[71].

Иногда гипертрофированное осознание тела с его пространственностью и плотностью, включающей проприоцептивные переживания[88], может настолько изнурить себя (s'extenuer), что становится не более чем осознанием бестелесной жизни и бредовой уверенности в бессмертном существовании; мир собственного тела — *Eigenwelt* [89] — кажется лишенным своего содержания, и эта жизнь, являющаяся не более чем сознанием бессмертия, угасает в медленной смерти, к которой оно движется через отказ от всякой пищи, всякого ухода за телом, всякой материальной озабоченности. Бинсвангер наблюдал Эллен Вест — больную, у которой мы можем обнаружить расстройство *Eigenwelt* и одновременное разрушение форм интеграции с миром[90]. Она больше не признает того модуса существования, который располагает ее внутри мира, ориентируется и движется лишь по прочерченным в пространстве виртуальным ориентирам; она более не способна прочно «стоять на ногах», разрывается между желанием взлететь, парить в возвышенном ликовании и навязчивой боязнью быть поглощенной грязной землей, которая давит на нее и парализует.

Между кратковременной радостью движения и обволакивающей тревогой крепкое и устойчивое пространство телесного движения исчезает, мир становится «немым, ледяным и мертвым»; больная грезит о своем теле как о грациозно подвижном и легком, хрупкость которого освобождает от всякой материальности. Именно на этой основе возникает психоз и

---

70 Journal Etune schizophrene, pp. 6 et 7.

71 См. в: Ajuriaguerra et Hecaen, Les hallucinations corporelles *[Ajuriaguerra J. de, HëcaenH.* Meconnaissances et hallucinations corporelles: integration et desintegration de la somatognosie. P., 1952].

проступают симптомы (боязнь пополнеть, анорексия, эмоциональное безразличие), которые будут управлять эволюцией болезни в течение более чем тридцати лет — до суицида[72].

* * *

Можно попытаться свести этот анализ к историческому и задаться вопросом, не является ли то, что мы называем миром больного, лишь произвольным отрезком в его истории или, по меньшей мере, предельной точкой, в которой завершается его эволюция. Действительно, если Рудольф[91], больной Роланда Куна, в течение многих часов оставался рядом с трупом своей матери, будучи еще маленьким ребенком и не зная значения смерти, то не это является причиной болезни. Продолжительное соприкосновение с трупом смогло войти в поле смыслов с последующей некрофилией и, в конечном счете, попыткой убийства, лишь поскольку возник мир, в котором смерть, труп, окоченевшее и холодное тело, застывший взгляд наделялись определенным статусом и смыслом: необходимо было, чтобы этот мир смерти и ночи занимал особое место перед лицом мира дня и жизни и чтобы переход от одного к другому, некогда вызвавший у Рудольфа столько восхищения и тревог, еще завораживал до такой степени, чтобы он захотел приблизиться к нему посредством соприкосновения с трупами и убийства женщины[73]. Это не болезненный мир объясняется исторической причинностью (я понимаю ее как психологическую историю), а последняя возможна лишь потому, что этот мир существует: именно он обеспечивает связь следствия с причиной, предшествующего с последующим. Но надо бы прояснить это понятие «болезненного мира» и то, что отличает его от мира, сконституированного нормальным человеком[92]. Несомненно, феноменологический анализ отказывается от априорного разграничения нормального и патологического: «Надежность феноменологического описания не ограничена оценками нормальности или аномальности»[74]. Болезненность открывается в процессе исследования как фундаментальный характер этого мира. Действительно, именно мир, его воображаемые, даже фантастические, формы, неясность всех перспектив интерсубъективности характеризует «личный мир», idios kosmos; и Бинсвангер, говоря о безумии, вспоминает слова Гераклита о сновидении: «Для тех, кто бодрствует, общим является один и тот же мир; во сне каждый возвращается к своему собственному (миру)»[75].

Но в то же самое время это болезненное существование отмечено совершенно своеобразным стилем отказа от мира: утрачивая значение мира, фундаментальную темпоральность, больной отчуждает это существование в мир, где проявляется его свобода; не будучи способным сохранить смысл, он отдается во власть событий. В этом

---

[72] Binswanger, Der Fall Ellen West. Archiv Schw. f. Neur., 1943 *[Binswanger L.* Der Fall Ellen West. Eine anthropologisch-klinische Studie // Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie. 1944: № 43. S. 255–257; № 54. S. 67-117, 330–360; 1945: № 55. S. 16–40. Русск. пер.: *Бинсвангер Л.* Случай Эллен Вест. Антропологически-клиническое исследование / Пер. с англ. М. За-надворова, Ю. Овчинниковой // Экзистенциальная психология. Экзистенция. М., 2001. С. 361–511].

[73] R. Kuhn, Mordversuch eines depresiven Fetichisten, Monatsschrift fur Psychiatrie, 1948 *[Kuhn R.* Mordversuch eines depresiven Fetichisten und Sodomisten an einer Dirne // Monatsschrift fur Psychiatrie und Neurologic 1948 № 116. S. 66-151. Русск. пер.: *Кун Р.* Покушение на убийство проститутки / Пер. с англ. М. Занадворова, Ю. Овчинниковой // Экзистенциальная психология. Экзистенция. М., 2001].

[74] Ibid.

[75] Binswanger, Traum und Existenz, Neue Schweizer Rundschau, 1930 *[Binswanger L.* Traum und Existenz // Neue Schweizerische Rundschau. 1930. № 9. S. 673–685; 766–779. Русск. пер.: *Бинсвангер Я.* Сон и существование // Бинсвангер Л. Бытие-в-мире / Пер. с англ. Е. Сурпиной. М.; СПб, 1999. С. 211].

раздробленном времени без будущего, этом пространстве без связности, мы видим знак падения, которое отдает больного во власть миру, словно злому року. Патологический процесс, как говорит Бинсвангер, есть *Verweltlichurtff* [93]. В этом противоречивом единстве приватного мира и отказа от неаутентичности мира — узел болезни. Или, другими словами, болезнь есть одновременно отказ от самой худшей из субъективностей и падение в худшую из объективностей.

Но, возможно, прикосновение к одному из парадоксов заболевания заставляет обратиться к новым формам анализа: если субъективность безумного (insense) одновременно и возникает в мире, и есть отказ от него, то не в самом ли мире следует искать тайну этой загадочной субъективности? Исследовав внешние измерения, можем ли мы избежать рассмотрения их внешних и объективных условий?

Часть вторая. Условия болезни

Введение

Проведенный анализ установил координаты, ориентируясь на которые мы можем посмотреть на патологическое изнутри самой личности. Но если бы он не показал те формы, в которых болезнь проявляется, он не смог бы объяснить и условий ее возникновения. Ошибочно полагать, что органическая эволюция, психологическая история или положение человека в мире могут эти условия обнаружить. Несомненно, именно в этом пространстве болезнь проявляется, раскрывает свои условия, формы выражения, стиль. Но корни патологического факта кроются не здесь.

Бугру[94] в своем словаре указывает, что психологические законы, даже самые общие, имеют отношение к «фазе человечности». Этот факт давно уже стал общим местом социологии и психической патологии: болезнь имеет свою реальность и свое значение, которое может существовать лишь внутри культуры, опознающей ее как болезнь. Больная Жане, которую посещали видения и которая видела стигматы, находилась в ином пространстве, пространстве мистической одержимости и волшебства[95]. Обсессивный больной, который тянется к заразному миру симпатий, в своих искупительных жестах, кажется, актуализирует практику первобытной магии: ритуалы, с помощью которых он обманывает объект своей обсессии, обретают, на наш взгляд, болезненный смысл именно в той вере в табу, посредством которой первобытный человек обычно рассчитывает приобрести благосклонность этой двойственной силы и застраховаться на случай опасности.

Тем не менее, эта относительность болезненного факта не является непосредственно данной. Дюркгейм надеялся объяснить его одновременно с помощью эволюционистской и статистической концепций: то, что считается в обществе патологическим, — это те феномены, что, отклоняясь от среднего, выражают минувшие этапы уже свершившейся эволюции или предвещают те ближайшие фазы развития, которые едва только начались. «Если условиться называть средним типом то абстрактное существо, которое мы получим, соединив в одно целое, в нечто вроде абстрактной индивидуальности, свойства, чаще всего встречающиеся в пределах вида и взятые в их наиболее распространенных формах, то можно сказать, что нормальный тип совпадает с типом средним и что всякое уклонение от этого эталона здоровья есть болезненное явление»; и он дополняет эту статистическую позицию, прибавляя: «Социальный факт можно назвать нормальным для определенного социального вида только относительно определенной фазы его развития» («Правила социологического метода»)[96]. Несмотря на различные антропологические следствия, к дюркгеймовской перспективе близка концепция американских психологов. Каждая культура, согласно Рут Бенедикт[76], выбирает некие возможности, которые составляют антропологическую

---

[76] Echantillons de civilisation *[Benedict R.* Echantillons de civilisation / Trad. W. Raphael. P., 1950].

констелляцию человека[97]: такая культура, как квакиутль, например, принимает за основу экзальтацию индивидуального «я», которую культура зуни радикально отвергает; агрессия является одобряемым поведением у добу, но подавляется у пуэбло. И каждая культура создает из болезни образ, характер которого очерчивается всеми вытесняемыми или подавляемыми ею антропологическими возможностями. Лоуи[98], изучавший индейцев кроу, описывает одного из них, обладавшего исключительным знанием культурных форм своего племени, но неспособного противостоять физической опасности; и в этой форме культуры, которая признает возможным и придает значение лишь агрессивному поведению, из-за его интеллектуальных способностей его считали безответственным, ни в чем не сведущим и, в конечном счете, больным. «Поскольку, — говорит Бенедикт, — покровительствуют тем, чьи естественные реакции наиболее близки к поведению, характеризующему их общество, те, чьи естественные реакции попадают в комплекс поведения, которого не существует для данной цивилизации, оказываются дезориентированными». В концепции Дюркгейма и в американской психологии болезнь рассматривается одновременно в негативном аспекте и в аспекте возможности. Анализируется в негативном аспекте — так как болезнь определяется по отношению к среднему, норме, «паттерну», и так как в этом отклонении заключается вся сущность патологического: болезнь по природе маргинальна и имеет отношение к культуре лишь постольку, поскольку является поведением, которое в нее не включается. Рассматривается в аспекте возможности — так как содержание болезни определяется теми возможностями, которые сами по себе не являются болезненными и проявляются у Дюркгейма статистической возможностью отклонения от среднего, у Бенедикт — антропологической возможностью человеческой сущности; в обоих анализах болезнь занимает место среди тех возможностей, что составляют поле культурной реальности социальной группы.

Несомненно, здесь не уделяют внимание тому, что есть позитивного и истинного в болезни, каковой она предстает в обществе. Действительно, есть заболевания, признанные заболеваниями: они разделены на группы, имеют свой статус и особенности; патологическое по отношению к культурному в таком случае не является лишь простым отклонением, оно — один из элементов и одна из манифестаций этого типа. Давайте оставим в стороне известный случай Бердачес[99] из племени дакота в Северной Америке — у этих гомосексуалистов религиозный статус жрецов и магов, экономическая роль ремесленников и скотоводов связаны с особенностью их сексуального поведения. Но ничто не указывает на то, что в их группе присутствует ясное осознание болезни. Напротив, такое осознание очень тесно связано с социальными институциями. Вот как, согласно Каллауэю[100], объясняют отклонения шамана зулусы: в начале тот, кто хочет стать шаманом, «выглядит здоровым, но через некоторое время он все больше и больше слабеет, постоянно жалуется на боли… Ему мерещится, что все вещи и его тело стали грязными… У него бывают припадки, которые, когда его обливают водой, на некоторое время прекращаются. При первом неуважении он проливает слезы, затем рыдает навзрыд. Человек в тот момент, когда становится колдуном, есть величайший случай расстройства». Таким образом, было бы неправильно утверждать, что поведенческие характеристики шамана, являющиеся у зулусов признаваемыми и действительными возможностями, у европейцев, напротив, называются ипохондрией или истерией. Здесь сознание болезни не только не исключается социальной ролью, но апеллирует к ней. Болезнь, признанная болезнью, видит себя через статус, которым ее наделяет разоблачающая ее группа. В наших обществах можно найти и другие, не столь древние, примеры роли сумасшедшего — роль деревенского дурака или эпилептика.

Считая отклонение и разрыв самой природой болезни, Дюркгейм и американские психологи, без сомнения, разделяли общую для них культурную иллюзию, что наше общество не хочет узнавать себя в том больном, которого оно изгоняет или заточает; в тот момент, когда оно диагностирует болезнь, оно исключает больного. Таким образом,

исследования наших психологов и наших социологов, превращающие больного в девианта и ищущие истоки болезни в ненормальном, являются прежде всего проекцией культурных устоев. В действительности общество позитивно выражается через демонстрируемое его членами психическое заболевание, и происходит это вне зависимости от того, каким статусом оно наделяет эти болезненные формы: помещает ли их в самый центр своей религиозной жизни, как это зачастую бывает у первобытных людей, или, располагая за пределами общественной жизни, стремится экспатриировать их, как это делает наша культура.

В таком случае возникают два вопроса: как наша культура пришла к тому, что стала придавать болезни смысл девиации, а больного наделять тем статусом, который само же и исключает? И как, несмотря на это, наше общество выражается в тех болезненных формах, каковым оно отказывает в признании?

Глава V. Исторический смысл психического отчуждения

Исходная форма отчуждения должна, несомненно, просматриваться в той одержимости, которую со времен античности считали главным признаком безумия, превращения человека в «другого» по отношению к самому себе: «одержимый» (energumene) греков или «сумасшедший» (mente captus) латинян — это тот, кто действует или движим силой, пришедшей откуда-то извне. Это именно тот «одержимый», которого унаследовала христианская традиция, дабы изобличить живущего внутри него демона и изгнать Словом неистовствующий нечистый дух. С тех пор бесноватый (demoniaque) как видимый символ сокровенного становится в христианском мире свидетелем Глагола и Света: как человек из страны Гадаринской, который днем и ночью обитал в гробах, кричал и бился о камни и из которого демоны вышли по приказу Иисуса Христа: «…и видят, что бесновавшийся, в котором был легион, сидит и одет, и в здравом уме… Но Иисус… сказал: иди домой к своим и расскажи им, что сотворил с тобой Господь и как помиловал тебя» (Марк, 5, 15–20). В течение многих веков одержимый (possede) являлся неотъемлемой частью христианского мира. Присутствие, воплощенное в «я», в одно и то же время есть и орудие восхваления Бога, и знак его могущества. Бог, говорит святой Бонавентура, позволяет овладевать, «дабы явить свое могущество, либо для наказании за грех, либо для исправлении грешника, либо для наставления». Бесноватый изобличает вечное сражение, и христианская мысль узнает в нем драму человека, мечущегося между божественным и дьявольским.

Драма, по-разному понимаемая в различных формах христианской мысли. Для святого Фомы свобода предшествует ее отчуждению в одержимом демоном — в нем она не уменьшается, но навсегда остается недоступной; падшие ангелы прокрадываются лишь в тело, *nostris corporibus illabuntur* [101], «они затрагивают возможности, связанные с нашими органами, но их воздействие не касается воли, поскольку воля ни в своем осуществлении, ни в объекте не связана с органами тела». Таким образом, свобода одержимого остается незатронутой. Но тело обречено: если лишь в тело входит демон-властитель, если только это животное существование он подчиняет, терзает и изламывает, убить эту животную жизнь и сжечь тело, означает, в конце концов, лишь вернуть душе чистоту ее воли, освободить ее от развращенного орудия его же свободы — пламя освободит дух от одержимого тела, но сожжение бессмысленно для спасения. Начиная с эпохи Возрождения одержимость обретает в христианской мысли новый смысл. Она является теперь не развращением тела, сохраняющим в неприкосновенности свободу души, а одержимостью духа духом, утратой свободы, где порядок природы — божественное творение — остается безразличным к смятению сердец. Больше нет той свободы, что сохраняется по ту сторону одержимости, — есть лишь гармония природы, которая пребывает по ту сторону безумия; порядок вещей со всей своей архитектоникой не поддается зловредным побуждениям душ. «Сущность одержимости, — пишет о. Сурин[102] в середине XVII века, — состоит в союзе дьявола с душой, в результате чего он обретает право действовать так, как если бы являлся самой

душой человека, которой он обладает. Но человеческая природа ограничивает его активность, останавливает его ярость, неистовство и лукавство, так же как солнечный луч рассеивается, проходя через кристалл и через сферу, которые останавливают его могущество, не препятствуя самому процессу». Речь идет теперь не о том, чтобы уничтожить тело, но о том, что оно должно избегать быть бессильным орудием безумного (insense) духа. На этом основании в XVII век развивается новая госпитальная практика, где «режим силы» играет роль не наказания, а защиты.

Важно, что христианство, лишая психическое заболевание специфически человеческого смысла, размещает его внутри своего универсума; одержимость отрывает человека от человечества, отдавая его во власть дьявольского, но она оставляет его в христианском мире, где каждый человек может принять (reconnaitre) свою судьбу. Мысль XVIII–XIX веков противоположна: она возвращает психическому заболеванию его человеческий смысл, но изгоняет душевнобольного из мира людей.

* * *

XVIII век в качестве основной идеи, несомненно, принес мысль о том, что безумие (folie) не является наложением сверхприродного мира на порядок природы, дьявольским дополнением к творению Бога, но лишь утратой в человеке его высших способностей. «Безумие является всего лишь лишением», — говорит «Энциклопедия»; галлюцинации и бред есть естественные следствия иллюзии, ошибки, неспособности признать истину. Есть безумцы, которые игнорируют «физическую истину» (истину ощущений), — именно они слышат «хор ангелов»; есть безумцы, не знающие «нравственной истины», — у них мы находим всякие «причуды духа, иллюзии себялюбия и страсти» (статья «Безумие» в «Энциклопедии»). Слепота стала отличительной чертой безумия; безумный (insense) больше не «одержимый» (possede), но «лишенный» (depossede).

Отныне безумие (folie) принадлежит человеческим слабостям, и умалишенность (demence) представляется лишь разновидностью человеческих заблуждений[103]. В 1793 г. Пинель сможет освободить заключенных Бисетра[104] и даст им возможность жить как люди[105]. Кабанис[106], считавший, что заблуждения разума могут пролить свет на его естественное функционирование, призывает к изучению психических заболеваний на факультете: «История и лечение безумия является важнейшей частью медицины; факты, собранные этой дисциплиной, значительно прояснят исследование человека»[77]. Наконец, Эскироль[107] требует справедливости для тех, о ком уже Дидро говорил, что они «возможно не отличаются от остальных людей»: «Те, за кого я ратую, — наиболее яркие члены общества, они почти всегда становятся жертвами предрассудков, несправедливости, неблагодарности окружающих. Это отцы семейств, верные супруги, честные торговцы, способные артисты, воины, преданные своей родине, выдающиеся ученые; это пылкие, благородные и чувствительные души». И добавляет: «Кто может быть убежден, что его не поразит болезнь, отмечающая своей печатью жертвы вне зависимости от возраста, положения и условий?» И тем не менее из этой гуманистической концепции болезни родится практика, которая исключит больного из человеческого общества.

От концепции дьявольской одержимости отказались, но только для того, чтобы прийти к бесчеловечной практике отчуждения.

Если сумасшедший (dement) является только «лишенным», то что это за способность, которою он утрачивает? XIX век отвечает, что это самая высшая способность, каковой наделен человек, та, что определяет саму человечность человека, — свобода, декларация прав которой признает за человеком ее гражданские и юридические формы; психически

---

77 Rapport sur les Ecoles de Medecine, an VII *[Pinel Rh., Leroux J. J.* Rapport fait a l'Ecole de medecine de Paris, sur laclinique d'inoculation. P., 1798–1799].

больной в XIX веке — это тот, кто утратил права, принесенные буржуазной революцией.

Прошение маркизы д'Эспар о лишении дееспособности ее мужа в этом отношении очень показательно. Маркиз, говорится в тексте, больше не способен управлять своим имуществом и воспитывать детей; «упадок воли», в некотором роде, оставил права гражданина и отца семейства, гарантированные человеку, без реального владельца. Более того, на место угасающей воли больного пришла неистовая воля постороннего, реализующего его права от своего лица; любовница имеет над утраченным разумом маркиза такую власть, какая не «может быть оправдана никакой причиной, даже той, что осуждают мораль и закон». Маркиз «безумный»[108] (aliene), поскольку его права, имущество, привилегии может использовать вместо него другой, одним словом, поскольку другой заменил его как субъекта права. Дабы избежать подобного фактического отчуждения Уголовный кодекс вынес интердикт: взять больного под юридическую защиту как недееспособного; то есть «в его собственных интересах, интересах его имущественного положения и его детей» правоспособность передана другим — семейному совету и опекуну[109]. Дабы избавить его от фактического отчуждения, это последнее заменяют правовым отчуждением, передавая другому, назначенному законом, лицу права больного, которые он сам больше не сможет реализовывать самостоятельно, но которые и никто другой отныне не использует противозаконно.

Это делегирование социальной личности встречается и в более поздней юридической практике — практике добровольного интернирования. До 1838 г. интернированию подвергались все «несчастные», которые могли «нарушить общественное спокойствие»[78]. Но случай безумных, этого порядка не нарушающих, не был урегулирован. Чтобы освободить от них семьи, создали «добровольное интернирование», зависящее не от решения больного, а от воли семьи, подкрепленной медицинским диагнозом. То есть воля больного подменяется считающейся ее эквивалентом волей семьи: неотъемлемые права свободы личности переносятся на другого.

Другими словами, если XVIII век вернул больному его человеческую природу, то XIX век причитающиеся этой природе права и их осуществление оспорил. Он сделал из больного «безумца» (aliene), поскольку все способности, которыми общество наделяет гражданина и признает за ним, передал другим, фактически отрезав его от человеческого сообщества в тот самый момент, когда в теории полностью признал его человеческую природу. Он наделил безумца абстрактной человечностью лишь ценой изгнания из конкретного общества — именно эта «абстракция» реализована в интернировании.

С того времени более чем на век определена судьба больного: он отчужден. И печать этого отчуждения отмечает все его социальные отношения, весь его опыт, все условия его существования: он больше не может распознать свое желание, поскольку эта способность за ним полностью отрицается; он встречает в других лишь чужих, поскольку сам является для них таковым; свобода становится средоточием принуждения, которое он претерпевает. Стало быть, отчуждение для больного — это намного больше чем юридический статус: как реальный опыт оно необходимым образом вписано в патологический факт. Античное понятие одержимости, несомненно, в какой-то мере создало одержимый бред. Практика, которая выкристаллизовалась вокруг понятия отчуждения, возможно, в свою очередь, конституировала такие симптоматические формы, где больной обнаруживал кражу желаний и мыслей, осуществляемое влияние, чувство отстраненности, в своем бесчувственном и абсурдном мире отдаляющие от него человеческие смыслы. От чувства ирреальности до реакций безразличия, проходящих через «дереализацию» другого, существует целый ряд патологических феноменов, истоки которых можно найти в том отчужденном положении, в котором оказывается любой душевнобольной. Всем известно, какое распространение получили описания шизофрении и как легко мы сегодня распознаем шизофренические

---

78 des Essarts, Dictionnaire de police *[Des Essarts N. T.* Dictionnaire universel de police. P., 1786–1789].

симптомы в психозах и даже в неврозах: нарушение эмоционального контакта с реальностью, неспособность больного поддерживать естественную гармонию со средой, реакции эмоционального безразличия, нарушение живых связей с миром и погружение в аутизм, поглощающий всю психологическую жизнь. Этот наплыв шизофрении в клинические картины может быть не только уходящей к Блейлеру модой в психиатрии, но результатом постоянно усиливающегося отчуждения, что поражает больного всеми социальными табу: помещая его за скобки, общество отмечает больного стигматами, в которых психиатр читает знаки шизофрении. Наконец, как мы показали вначале, психическое заболевание еще более, чем органическое, затрагивает целостность индивида; но если оно таким образом вносит путаницу в личность как целостность, то не связан ли опыт болезни с опытом отчуждения, в котором человек утрачивает все человеческое? Не потому ли психическое заболевание отрывает его от человеческого сообщества, вне которого он не был бы человеком, не потому ли общество превращает его в чужака, что болезнь, кажется, затягивает в свою воронку наиболее устойчивые структуры личности? Наверное, когда больного избавят от жребия отчуждения, можно будет разглядеть в личности диалектику болезни, которая при этом останется человеческой.

* * *

Вот как наше общество подвело больного к статусу исключения. Теперь надо ответить на второй из поставленных нами вопросов: как общество, несмотря ни на что, выражается в больном, которого признает чужаком? Именно здесь мы встречаем тот парадокс, что так часто вносит путаницу в анализы болезни: общество не узнает себя в болезни, больной ощущает себя чужаком; и тем не менее нельзя выразить патологический опыт, не касаясь его социальных структур, и эксплицировать психологические измерения болезни, о которых мы говорили в первой части, не увидев в окружении больного их действительных условий.

Определимся для себя: болезнь утверждается в эволюции как нарушение ее хода; в своем регрессивном аспекте она отражает детские реакции или архаичные формы личности. Но эволюционизм ошибается, когда видит в этом регрессе сущность патологического и его реальные истоки. Если регрессия к детству проявляется неврозом, то это лишь результат. Для того чтобы детское поведение стало для больного убежищем, чтобы его повторное явление считалось неустранимым патологическим фактом, необходимо, чтобы общество поместило между прошлым и настоящим индивида черту, которую мы не можем и не должны пересекать; чтобы культура допускала прошлое, лишь вынуждая его исчезнуть. И наша культура действительно устанавливает эту границу. Когда XVIII век, вместе с Руссо и Песталоцци[110], задается целью установить для ребенка педагогические правила, регулирующие его развитие, мир, обладающий собственной мерой, он позволяет создать вокруг детей ирреальное, абстрактное и архаичное пространство, никак не сообщающееся со взрослым миром. Вся эволюция современной педагогики с ее безукоризненной целью огородить ребенка от взрослых конфликтов лишь усиливает ту дистанцию, которая для каждого человека отделяет его детскую жизнь от взрослой. Другими словами, дабы уберечь ребенка от конфликтов, она навязывает ему глобальный конфликт — противоречие между его детской и его действительной жизнью[79]. Если дополнить это тем, что в педагогических институциях общество никогда напрямую не являет свою реальность с ее конфликтами и противоречиями, но отражает ее лишь косвенно, посредством мифов, извиняющих, оправдывающих и идеализирующих ее в химерической связности, а также тем, что общество в педагогике грезит о золотом веке (о нем мечтают Платон, Руссо, республиканская институция Дюркгейма, педагогический натурализм Веймарской республики), понятно, что

---

[79] Возможно, в этой разнородности и в той границе, которая разделяет эти две формы жизни, укоренен феномен, описанный Фрейдом как фаза латентности и связанный для него с мифическим затуханием либидо.

патологические фиксации или регрессии возможны лишь в пределах определенной культуры; чтобы они преумножались, общественные формы не позволяют отбрасывать прошлое и уподобляют его актуальному содержанию опыта. Неврозы регрессии не отражают невротической природы детства, но разоблачают архаичный характер педагогических институций. Что стоит в основе этих патологических форм, так это конфликт, разворачивающийся внутри общества между формами воспитания ребенка, за которыми оно скрывает свои мечты, и тем статусом, которым оно наделяет взрослого и в котором, напротив, просматриваются его реальное настоящее и его беды. То же самое можно сказать и о социальном развитии: религиозный бред со всей своей системой поверхностных утверждений и тот магический горизонт, который он всегда предполагает, представляется в отношении к социальному развитию как индивидуальная регрессия. Дело не в том, что религия является бредовой по своей природе, и не в том, что за пределами актуальной религии индивид встречается со своими наиболее сомнительными психологическими истоками. Но религиозный бред есть функция секуляризации культуры: религия может выступать объектом бредовой веры лишь поскольку культура группы больше не позволяет ассимилировать религиозную веру или мистическое в актуальное содержание опыта. На основании этого конфликта и стремления его разрешить рождается мессианистический бред, галлюцинаторный опыт видений и очевидность сокрушительного зова, восстанавливающие в мире безумия единство, раздробленное в мире реальном. Истинным основанием психологической регрессии, следовательно, выступает конфликт социальных структур, каждая из которых несет хронологические метки, отсылающие к различным историческим истокам. Индивидуальная история со своими травмами и механизмами защиты, а главным образом, с неотступно преследующей ее тревогой, как нам кажется, формирует другое психологическое измерение болезни. Психоанализ поставил у истоков этих конфликтов «метапсихологический» спор на границе мифологии («Наши инстинкты — мифы», — говорил сам Фрейд) — между инстинктом жизни и инстинктом смерти, удовольствием и повторением, Эросом и Танатосом. Но здесь за принцип решения принимаются сами характеристики проблем. Если болезнь выражается в основном в этом переплетении противоречивого поведения, то это не потому, что элементы противоречия накладываются друг на друга, подобно парадоксальной природе бессознательного человека, поскольку именно противоречивый опыт делает человека человеком. Социальные отношения, которые определяются актуальной экономикой в формах конкуренции, эксплуатации, империалистических войн и классовой борьбы, наделяют человека неизменно противоречивым опытом переживания своего социального окружения. Эксплуатация, отчуждающая человека в экономический объект, хотя и связывает его с другими, но лишь в отрицательных связях зависимости; социальные законы, объединяющие людей сходной судьбы, противопоставляют их в борьбе, которая, как ни парадоксально, есть лишь форма диалектического развертывания этих законов; универсальность экономических и социальных структур позволяет признать мир родиной и в глазах всех людей прочесть единый смысл, но этот смысл может быть смыслом враждебности, а эта родина может принять его за чужака. Так же как образом своей собственной истины, человек стал для другого и вероятностью смерти. Он не может рассчитывать на то, что его сразу же примут как брата, что его социальные отношения приобретут стабильность и связность: другой всегда предстает в опыте, который диалектика жизни и смерти отмечает печатью ненадежности и опасности. Эдипов комплекс — узел семейных амбивалентностей — сводится к этому противоречию: эту окрашенную любовью ненависть, связывающую с родителями, ребенок не проявляет как амбивалентность своих инстинктов — он сталкивается с ней уже во взрослом мире, встречая ее как обозначенную позицией родителей, имплицитно обнаруживающих в своем собственном поведении идею того, что жизнь детей есть смерть родителей. Более того: случайно ли то, что Фрейд, размышляя над военными неврозами, удвоил инстинкт жизни, выразив устарелый буржуазный оптимизм XIX века, инстинктом смерти, впервые вводившим в психологию власть негативного? Фрейд хотел объяснить войну, но это война

объясняет поворот фрейдовской мысли. Или, скорее, в эту эпоху капитализм прояснил для себя самого опыт своих собственных противоречий: было необходимо отказаться от устаревшей идеи солидарности и признать, что человек может и должен обратить человека в негативный опыт, переживаемый в модусе ненависти и агрессии. Психологи назвали этот опыт амбивалентностью и увидели в нем конфликт инстинктов. В действительности же он укоренен в противоречии социальных отношений.

Наконец, как нам кажется, болезненные феномены в своей конвергенции указывают на своеобразную структуру патологического мира, и этот мир в феноменологическом исследовании являет парадокс одновременного сосуществования «приватного» мира — idios kosmos, в который больной погружается в произвольном существовании фантазии и бреда, и мира принуждения, на который он обречен в модусе отказа; в этой противоречивой картине — сущность болезни. Но данный патологический парадокс вторичен по отношению к реальному противоречию, которое его создает. Стоящий за ним детерминизм связан не с магической причинностью сознания, очарованного своим миром, но с реальной причинностью мира, который сам не может разрешить порожденные им противоречия. Если проявляющийся в фантазии бреда мир подчиняет своей власти породившее его сознание, то это не потому, что оно само тонет в нем, не потому, что там оно лишается возможностей бытия, но лишь потому, что мир, отчуждая свою свободу, обречен на безумие (folie). Болезное сознание не входит в бредовый мир, связываясь в нем с неким воображаемым принуждением; но, подвергаясь реальному принуждению, погружается в болезненный мир, где, не признавая того, вновь это же реальное принуждение обретает, поскольку именно в нашем желании ускользнуть от него мы уходим от реальности. Пример шизофрении весьма убедителен: мы много говорим о современной шизофрении, связанной с миром машин и с исчезновением непосредственных эмоциональных отношений между людьми. Эта взаимосвязь, несомненно, существует, и не случайно, что болезненный мир в наши дни так же часто обретает вид мира, в котором механистическая рациональность исключает беззаботную и непрерывную спонтанность эмоциональной жизни. Но было бы абсурдом утверждать, что современный человек машинизирует свой мир, потому что демонстрирует шизофренический мир, в который погружается; в корне неправильно говорить, что он — шизофреник, поскольку для него это единственный способ избежать принуждения в реальном мире. Действительно, если человек оказывается отчужден от своей собственной техники (technique), если он не может разгадать человеческого и живого значения в продуктах своей собственной деятельности, если экономические и социальные детерминации ограничивают его, лишая родины в этом мире, он живет в конфликте, предполагающем возможность шизофренического синдрома. Чужой для мира реального, он обращается к «приватному миру», который больше не может гарантировать никакой объективности; однако, покорившись принуждению этого реального мира, он переживает универсум, в который сбегает, как свой жребий. Современный мир делает возможной шизофрению не потому, что его техники (techniques) бесчеловечны и абстрактны, но поскольку человек реализует свои техники так, что больше не может опознать в них себя. Только реальный конфликт условий существования может иметь значение для парадоксальной структуры шизофренического мира.

В заключении можно отметить, что не прибегая к софизмам, невозможно рассматривать психологические измерения болезни независимо друг от друга. Конечно, мы можем связывать психическое заболевание с человеческой эволюцией, психологической и индивидуальной историей, формами существования. Но мы не должны путать эти различные аспекты болезни с ее реальными истоками, если только не желаем прибегать к мифическим объяснениям, подобно эволюции психологических структур, теории инстинктов или экзистенциальной антропологии. На самом же деле, лишь в истории мы можем найти условия возможности психологических структур; и, систематизируя все только что сказанное, можно согласиться с тем, что болезнь в своей актуальности несет регрессивные аспекты — поскольку наше общество больше не способно разобраться в собственном

прошлом; аспекты конфликтной амбивалентности — поскольку оно не может ориентироваться в настоящем; наконец, предполагает рождение патологического мира — поскольку общество все еще не может распознать смысла своей деятельности и своего будущего.

Глава VI. Психология конфликта

Противоречия опыта, которые индивид приносит из своей среды, не исчерпывают в достаточной степени реальности психической болезни. Во-первых, очевидно, что не всякий индивид, замечающий эти противоречия, болен, и что они могут оставаться на уровне социальных структур, не затрагивая реальности его психологической жизни. Во-вторых, даже в том случае, когда эти противоречия входят в психологическую жизнь индивида, это не обязательно приводит к болезни. Напротив, их осознание толкает к постижению собственной психологической жизни, предотвращая патологические последствия, доказательством чему, несомненно, является тот факт, что психическая болезнь никогда не встречается реже, чем в военное время, по крайней мере в формах, требующих интернирования или медицинского вмешательства[80]. Болезнь в ее специфике размещается, таким образом, между противоречием в структурах социального опыта и ясным осознанием этого противоречия — она располагается в зоне, где противоречие переживается не в сознании, а в формах конфликта.

Болезнь, стало быть, зависит от двух групп условий: социальных и исторических — укореняющих психологические конфликты в реальных противоречиях среды, и психологических — трансформирующих конфликтное содержание опыта в конфликтную форму реакции. Именно этот переход исторического противоречия в патологическое и нужно теперь исследовать.

* * *

Физиология Павлова представляет собой, по большей части, экспериментальное исследование конфликта. Рефлексология показала, что любая активность нервной системы одновременно предполагает единство и противостояние двух процессов: возбуждения и торможения. К примеру, у животного вызывают слюноотделение, присоединяя к безусловному возбуждению (пищей), возбуждение определенной точки тела. Однако можно достичь того же результата, добившись возбуждения в точке, относительно удаленной от предыдущей, тогда все пространство тела становится рефлексогенным; процесс развития условного рефлекса распространяется на весь организм, его нервные структуры и управляющую ими кору. Но если мы вновь возобновляем воздействие на первоначальную точку, мы видим, как рефлексогенная зона рефлексирует, сужается и, в конце концов, стабилизируется в непосредственной близости от возбуждаемой точки. Более того, области, которые были охвачены возбуждением, перестают теперь входить в процесс распространения условного рефлекса. По краю зоны возбуждения проходит зона торможения, ограничивающая ее и постепенно отражающая рассеяние. Пространственная целостность нервных структур есть, следовательно, сложная совокупность зон возбуждения и торможения в их связи и противостоянии друг другу. Так же обстоит дело и с темпоральной целостностью: если мы в рефлексе слюнотечения не подкрепляем условную стимуляцию светом безусловным возбуждением (пищей), связь утрачивается и рефлекс угасает. Когда хотят вызвать в той же области рефлекс того же типа, он в этой зоне не распространяется; период возбуждения сменяет фаза торможения, ограничивающая его

---

[80] Численность поступающих в приюты департамента Сены в течение последней войны снизилась на 40 процентов, в следующем году эта цифра достигла и превзошла предыдущие показатели.

временные рамки.

Нервная система в своей целостности, таким образом, представляется как единство, в котором противостоящие друг другу процессы возбуждения и торможения уравновешены: каждый очаг возбуждения обрисовывается и сдерживается бахромой торможения, каждая фаза возбуждения ограничена сменяющей ее фазой торможения. Так формы активности нервной системы составляют ансамбли, индивидуализирующиеся в своей пространственной структуре и временном развертывании; внутренняя диалектика возбуждения и торможения, не разрушая функционального единства организма, придает им связность, делающую возможным их обособленный анализ, но как взаимосвязанных структур активности. Они принадлежат к самым обширным и стабильным из этих структур — тем, которые детерминируют общую активность индивида и которым Павлов дает название динамического стереотипа.

Но еще более значимо то, что в основе единства возбуждения и торможения лежит именно внутренняя связность. Речь идет о двух процессах, которые противостоят друг другу и которые общий внешний характер сделал бы друг к другу несводимыми; один существует лишь по отношению к другому, и взаимность их действия является завершенной. Их пространственная локализация, темпоральная определенность, сила их динамизма не могут анализироваться отдельно друг от друга — необходима единая интерпретация, поскольку оба термина в своем противостоянии связаны воедино; возбуждение и торможение нуждаются друг в друге, так что детерминация схемы активности должна характеризоваться не вопреки их оппозиции, но только через нее. Единство этого процесса, который Павлов называл взаимной индукцией, подчинено очень строгой диалектике.

* * *

Итак, принципы нормального функционирования нервной системы лежат и в основе патологических форм деятельности. Здесь возможны четыре варианта.

1) *Патологические очаги.* — Предположим, что какой-либо из центров нервной системы находится в состоянии сильного возбуждения — это «реципрокная индукция», обязательно сопровождающаяся торможением областей, которые его окружают. Точнее, если центры, регулирующие вегетативную и эмоциональную жизнь (центры подкорки), подвержены гипервозбуждению, корковые центры волевой регуляции и репрезентации поведения находятся в состоянии гиперторможения. Тогда это приводит к блокированию и коррелятивному усилению торможения и возбуждения, которые, вместо того чтобы уменьшиться и устранить прогрессирование, сохраняются на том же уровне и посредством циркулярного процесса создают очаги непрерывной активности. Именно это происходит во всех психических синдромах, когда сознательная активность угасла и помрачена и господствуют различные типы эмоциональных реакций (истерические кризы, бредовые эпизоды, спутанность сознания). Корковые зоны, и в особенности префронтальные области, напротив, могут пребывать в возбуждении так, что подкорковые центры входят в гиперторможение; тогда проступают общие для психастении, невроза навязчивости и некоторых форм шизофрении синдромы: превосходство репрезентативных ядер (идеи-фикс, бредовые идеи) и развитие символических и вербальных форм поведения (навязчивые ритуалы, монологи и психическое пережевывание психастеников, конструкция словаря и синтаксис, запирающие шизофреника в недосягаемом мире речи).

Значит, за болезнью может стоять существование патологических очагов, то есть изоляция зон, одни из которых сохраняют гиперактивность, другие — покой и бездействие.

2) *Патологическая инертность.* — С пространственной изоляцией патологических очагов связана темпоральная ригидность структур. Процессы возбуждения и торможения утратили свою пластичность; они локализуются в различных областях, и внезапная индукция, запускающая их реципрокное[111] усиление, исключает возможность взаимной замены или последовательной смены друг друга. Противостоя друг другу, они

замораживаются, и те зоны, где они таким образом фиксируются, продолжают оставаться инертными и ригидными. Откуда эта сегментарная устойчивость, которая так часто характеризует патологическое поведение? Имеются экспериментальные доказательства этой болезненной инертности: Долин и Зворобская вызывали у одного животного лихорадочные состояния инъекцией динитрофенола, а у другого — каталептические состояния инъекцией бульбакапнина. После определенного числа повторений вещества поменяли местами, но результат остался прежним: бульбакапнин вызывал у первого колебания температуры, а динитрофенол у второго — каталептическое состояние с восковой гибкостью, характерной для интоксикаций бульбакапнином. У обоих животных установился стереотип органического ответа, постоянно и неизменно запускающегося вне зависимости от природы безусловного возбуждения.

Эта функциональная особенность объясняет все феномены, представляющие собой патологические повторения: моторный раптус[112], который периодически отмечает поведение истерика, эмоциональные итерации невроза страха, когда больной вновь оживляет травму с ее контекстом тревоги и воображаемой обстановкой, ригидность параноического и обсессивного поведения со стереотипной валоризацией некоторых характерных ансамблей, конституирующих фундаментальный страх обсессивного больного или бредовое ядро параноика. Патологическая инертность находится в функциональной взаимосвязи с изоляцией патологических очагов: чем больше нарастает возбуждение в определенной точке коры, тем сильнее локализующее его торможение, и тем более ригидным будет этот структурный вид нервной активности. И разнообразные формы этой ригидности должны быть связаны с разнообразием зон возбуждения и торможения: если травматическая тревога повторяется в виде раптуса, а обсессивная ригидность в виде сомнения и скрупулезности, то это потому, что в случае невроза страха возбуждается подкорка, а в случае обсессии, наоборот, кора.

У) Парадоксальные феномены. — Инертность характеризует активность патологически возбужденных зон. Что же происходит в другой части — на тех участках, где активность заторможена? Возьмем крайний случай генерализованного торможения. Мы можем вызвать его у животных серией противоречивых стимуляций: дифференцировав два соседних ритма кожного возбуждения, один — активатор слюнного рефлекса, другой — его ингибитор, используем их попеременно, быстро меняя один на другой[81]. Возникает патологическое состояние, основной синдром которого — исчезновение или затухание всех положительных условных рефлексов. В следующем за этим исчезновением периоде можно различить несколько фаз, выражающих этапы последовательного выздоровления. На первой стадии положительные возбудители влекут тормозящий эффект, а отрицательные возбудители — положительные реакции: это радикальное разрушение системы «возбуждение-торможение» Павлов называет «ультрапарадоксальной фазой». В следующем за ней периоде, вопреки характерному для нормального состояния принципу количественной пропорциональности ответа и стимула, слабые стимуляции вызывают значительный эффект, а сильные — почти незаметные ответы: именно «парадоксальная» фаза изменяет не саму природу связи «стимул-ответ», но лишь ее интенсивность. Наконец, последняя стадия этого патологического состояния, непосредственно предшествующая возвращению к нормальному состоянию, — это стадия равновесия, где все возбудители вызывают одинаковую реакцию, сходную с реакцией на интенсивный возбудитель в норме.

В единстве этих «парадоксальных» феноменов можно отыскать тот функциональный принцип, который хорошо объясняет патологическое поведение. Одной из характеристик клинического опыта представляется непроницаемость болезни, иначе говоря, больной становится нечувствителен к тому опыту, который противоречит его бреду, который признает пустяками его навязчивый страх и не придает значения его меланхолической

81 Эксперимент Разенкова[113].

тревоге. С другой стороны, все варианты патологического поведения, несмотря на их различия, также обнаруживают общее единообразие в депрессивности и маниакальности, в обедненности и стереотипности шизофреника и буйной паранойе полиморфного бреда: каким бы ни было состояние, в котором он оказывается, стиль ответа больного один и тот же; тонус его реакций остается тем же и в привычных условиях, и при внезапной смене событий или в чрезвычайных обстоятельствах — повышенным у маниакального больного, пониженным у шизофреника; смысл ответов не зависит от ситуаций, которыми они мотивированы. И впечатление того, что больной заперт в своей болезни, «не поддается коррекции», как говорят немцы о бреде, основано, несомненно, на индифферентности ответов, остающихся чуждыми к спецификациям (specifications) среды. Результат этого функционального равнодушия характеризует «фазу равновесия», наблюдаемую при экспериментальном торможении.

Точно так же в «парадоксальной» фазе можно обнаружить принцип функционального объяснения, обозначающий себя в формах патологического поведения. Одним из аспектов болезненной инадаптации является переворачивание качественных значений стимуляции: шизофреническая дискордантность с ее неуместной иронией, этими ошибочными ответами, этим негативизмом, описываемым как нарушение мифического «контакта с реальностью»; у обсессивного больного — ритуализм, преобладание незначительного над существенным, исключительная забота о форме; у бредового — сокрушительная очевидность, высвечивающая наиболее сомнительное, наиболее затемненное и наиболее двусмысленное в нормальных знаках. Одним словом, это существование, которое кажется нам «безумным» (insensee), поскольку его смысл предстает как отрицание нашего, не указывает ли оно на функциональную тревогу, наиболее ясная демонстрация которой должна быть найдена в «парадоксальной» фазе, изменяющей у животного качественную связь стимула и ответа?

Наконец, механизмы ультрапарадоксальной фазы могут выступить принципом объяснения для таких центральных феноменов психического заболевания, как амбивалентность и патологическая инверсия. Параноик в едином порыве своей страсти любит и ненавидит, хочет обладать и убить; психастеник в тот самый момент, когда стремится ускользнуть от влияния других, действовать тайно и укрепить свою независимость, ощущает, что на него смотрят, что за ним наблюдают и его выслеживают, что его пронизывает взгляд и желание другого; шизофреник живет в амбивалентности, противоречивость которой противостоит речи и принуждает его к абсолютно специфическим способам выражения (неологизмы, контаминированные[114], мимические слова, описанные как шизофреническая «манерность»). Наложение противоречивых вариантов поведения в ответ на одну ситуацию можно, несомненно, объяснить радикальным переворачиванием функциональных стереотипов: возбуждающий стимул оказывается ингибитором, и наоборот; активность функциональных сегментов сразу же вступает в противоречие с той ситуацией, которая к ней приводит. Это характеристика ультрапарадоксальной фазы.

4) Реакции защиты. — Проблема остается: как и почему возникает это состояние торможения, на основании которого появляются такие патологические феномены, как локализация очагов, инертность ответов и парадоксальные реакции? Эту роль торможения показывает широко известный в классической патологии факт: иногда шизофренические состояния постепенно переходят в кататонические, характеризующиеся квазинеподвижностью больного, практически повсеместной нечувствительностью к воздействию среды, инертностью мускулатуры, сохраняющей тело в придаваемой ему позе, и в большинстве случаев — психическим фоном, близким к онейризму. Но кататония в развитии шизофрении считается достаточно хорошим прогнозом, и мы видим, как больные спустя несколько лет выходят из кататонического статуса и демонстрируют значительное улучшение состояния.

Кататония — это один из примеров выраженного генерализованного торможения, и тот благоприятный прогноз, с которым она связана, показывает значение торможения: оно предстает, главным образом, механизмом защиты и восстановления, оно, согласно Павлову,

соответствует процессу ассимиляции нервной клетки, тогда как возбуждение — расходованию и диссимиляции.

Можно заключить, что когда условия среды больше не дают возможности нервной системе осуществлять нормальное функционирование и когда противоречия, с которыми сталкивается индивид, больше не допускают нормальной диалектики возбуждения и торможения, он запускает торможение защиты. Именно это проясняет механизмы болезни: усиление функционального торможения сопровождается локализацией точек возбуждения и появлением патологических очагов, акцентирование динамизма приводит к ригидной фиксации положительных реакций, исключающей всякую пластичность и адаптацию, наконец, постоянно распространяясь, функциональное торможение создает основу для торможения диффузного, на поверхности которого возникают парадоксальные феномены.

Болезнь, следовательно, есть одна из форм защиты. Но в каких условиях она появляется, и какие механизмы характеризуют эту защиту как болезнь? Состояние конфликта само по себе, действительно, не приводит к болезненной защите. К примеру, мы воздействуем на животное звуковым возбудителем в определенном темпе и накладываем на него другой звук, не подкрепляемый безусловным возбудителем. Вначале животное путает два звука, положительно или отрицательно отвечая на один и на другой — мы видим состояние конфликта. Но постепенно оно начинает дифференцировать два возбудителя по их ритму; один окончательно наделяется положительным значением, другой — отрицательным, становясь, таким образом, ингибитором. Посредством дифференциации, т. е. посредством более тонкого взаимодействия торможения и возбуждения, условия адаптированного ответа уточняются и конфликт затухает. Так что, когда мы трансформируем возбуждающего агента в тормозящий, он вызывает ситуацию конфликта, при которой положительные и отрицательные ответы не связаны с характером стимула. Но понемногу положительные ответы полностью затормаживаются, и посредством темпоральной дифференциации положительный возбудитель обретает значение отрицательной стимуляции. Ответ, адаптированный к конфликту, появляется, следовательно, когда функциональная дифференциация допускает индивидуализированную реакцию на каждое воздействие и на каждую фазу конфликтной ситуации, или, другими словами, когда диалектика организма может конституироваться в зависимости от диалектики условий его существования и признаваться в ней.

Когда конфликт, напротив, несет характер противоречия настолько абсолютного, или когда возможности индивида ограничены настолько, что дифференциация невозможна, индивид может защититься, лишь выйдя за пределы системы и отвечая генерализованным торможением.

Болезнь возникает, когда конфликт, вместо того чтобы приводить к дифференциации ответов, вызывает диффузную реакцию защиты; другими словами, когда индивид на уровне своих реакций не может совладать с противоречиями окружающей среды, когда психологическая диалектика индивида не может встретиться с диалектикой условий его существования.

Другими словами, индивид отчужден — не в том классическом смысле, что стал чужаком по отношению к собственной природе, как говорили врачи и юристы XIX века, но в том смысле, что больной, будучи человеком, не способен опознать себя в тех условиях существования, которые создал сам человек. Отчуждение в этом новом содержании больше не является психологическим отклонением, но определяется историческим моментом — только в нем оно становится возможным.

Заключение

Классическая патология обычно признает, что ненормальное чистое состояние первично, что ненормальное выкристаллизовывает вокруг себя патологические действия,

которые в своей совокупности формируют болезнь, и что возникающее впоследствии изменение личности конституирует отчуждение. Если то, что мы только что сказали, верно, необходимо разрушить порядок терминов и, исходя из отчуждения как исходной ситуации, обнажить больного, лишь в последнюю очередь определив ненормальное.

1) *Историческое отчуждение и психологическое отчуждение.* — Не потому что болен — отчужден, но поскольку отчужден — болен. Не противоречит ли это все-таки тому, что мы сейчас говорили об истории отчуждения? Не является ли отчуждение абстрактным понятием юридической и медицинской практики, с XIX века выстраивающейся вокруг больного? Не является ли отчуждение по отношению к болезни надстройкой? Действительно, именно поскольку историческое отчуждение есть первейшее условие болезни, психологическое и юридическое отчуждение превратилось в ее неизбежное следствие. Общество, подобное нашему, действительно, представляет душевнобольного живым противоречием, со всей жестокостью оскорбления. Буржуазная революция связала человеческую природу человека с теоретической свободой и абстрактным равенством. И вот психически больной становится причиной скандала: он — свидетельство того, что конкретный человек не является всецело определенным системой абстрактных прав, которые он теоретически признает, поскольку эта система не вместила той человеческой возможности, коей является болезнь, и что для душевнобольного свобода лишь напраслина, а равенство не имеет значения; он, с другой стороны, доказательство тому, что в своей реальной жизни свободного гражданина, равного среди равных, человек может повстречаться с условиями, которые действительно уничтожат эту свободу и это равенство, что он может попасть в ситуации, которые закуют его свободу и навсегда изолируют его от сообщества людей. Он — доказательство того, что буржуазное общество даже в обусловивших болезнь конфликтах, не соприкасается с реальным человеком, что оно абстрагировано от конкретного человека и условий его существования и постоянно поддерживает конфликт между унитарной идеей о том, что оно является совокупностью индивидов, и тем противоречивым статусом, которым наделяет человека. Душевнобольной — апофеоз этого конфликта. И если посредством мифа о психическом отчуждении его вытесняют за городские стены, то это для того чтобы не видеть в нем возмутительного выражения противоречий, сделавших возможной болезнь и конституирующих саму реальность социального отчуждения. Если из психологического отчуждения делают заключительное следствие болезни, то лишь с целью не видеть в болезни того, что она на самом деле представляет — следствие социальных противоречий, посредством которых человек исторически отчуждается.

2) *Нормальное и патологическое.* — Трактуя социальное отчуждение как условие болезни, мы в то же время рассеиваем миф о психологическом отчуждении, который превращает больного на родной земле в чужака, а также избегаем классических идей искаженной личности, гетерогенного мышления, и специфически патологических механизмов. Функциональный анализ, предлагаемый павловской физиологией, действительно позволяет определить процесс болезни в тех же терминах, что и нормальную адаптацию — механизмы возбуждения и торможения, реципрокная индукция, реакция защиты, — общих для всех исследований нормального и патологического поведения. Болезненные процессы располагаются на одном уровне с нормальными реакциями; «невозможно рассматривать патологические процессы отдельно от нормальных, в основе которых лежат те же механизмы»[82].

Болезнь соткана из той же функциональной ткани, что и нормальная адаптация, и, следовательно, ей не предшествует ненормальность вопреки стремлению классической патологии определить болезнь именно так, но, напротив, именно болезнь делает возможным

---

[82] Доклад К. М. Быкова на Сессии Академии Медицинских Наук СССР [Научная сессия, посвященная проблемам физиологического учения академика И. П. Павлова (28 июня — 4 июля 1950 г.): Стеногр. отчет. М.-Л.: АН СССР].

и ненормальность и ее фундамент; такие «парадоксальные реакции», как трансформация положительного значения возбуждения в отрицательное значение реакции, действительно, с одной стороны, есть ненормальные феномены, но появляются они только на основании торможения, выступающего реакцией защиты и первоначальной формой болезни. Ненормальность — следствие болезни. а не ее элементарное ядро. Стало быть, в стремлении определить болезнь, опираясь на различие нормального и ненормального, искажаются предпосылки проблемы; это превращение следствия в причину, что, несомненно, предполагает своей целью сокрытие отчуждения как истинной причины болезни.

3) *Органическое и психологическое.* — В начале мы показали, что понятие личности прорывает рамки классической психологии и что оно требует иного стиля анализа, отличного от органического. Но определение психической болезни с опорой на ее реальные — исторические и человеческие — условия возвращает нас к единой концепции патологического. Павловский анализ конфликта действительно показывает, что необходимо оставить в стороне антитезу психогенеза и органогенеза. Душевные болезни являются изменением целостной личности; в какой-то степени их истоки — в реальных условиях развития и существования данной личности, их отправная точка — в противоречиях среды. Но конфликт не сразу трансформируется из простого психологического преобразования в психическую болезнь; он становится болезнью, когда противоречие условий существования становится функциональным противоречием реакций. И именно в этом понятии функциональной тревоги психическая болезнь обретает свое единство с органической патологией.

Материализм в психопатологии, стало быть, должен избегать двух заблуждений: с одной стороны, отождествления психологического и болезненного конфликта с историческими противоречиями среды, а также происходящей отсюда путаницы между социальным и психическим отчуждением; с другой — стремления свести любую болезнь к нарушению функционирования нервной системы, механизмы которого, еще не изученные, можно было бы по праву проанализировать с чисто физиологических позиций. Дабы не впадать в первое заблуждение, нужно всегда помнить, что болезнь не начинается с условий ее возможности, что она стартует фактически лишь с функциональных расстройств, и если, в конце концов, социальное отчуждение — условие болезни, а психическое отчуждение — его мифическое следствие, то в них обоих болезнь должна сохранять присущую ей реальность и свои специфические измерения. Предостерегая от второго подводного камня, необходимо подчеркнуть, что функциональные расстройства не смогут исчерпать всех патологических случаев и их условий до тех пор, пока все возможные формы конфликтов не исчезнут из условий существования. Только тогда, когда можно будет изменять эти условия, болезнь в смысле функциональной тревоги, проистекающей из противоречий среды, исчезнет. Сведение любой душевной патологии к функциональной патологии нервной деятельности укоренено, по сути, отнюдь не в прогрессе физиологического знания, оно связано с трансформацией условий существования и исчезновением тех форм отчуждения, при которых человек утрачивает специфически человеческий смысл своих поступков. Возможно, именно этот смысл надо придавать тексту Павлова: «Я убежден, что мы стоим на пороге важнейшего этапа развития человеческой мысли, когда физиологическое и психологическое, объективное и субъективное действительно сольются воедино; когда тяжкое противоречие, противопоставление моего сознания и моего тела действительно будет преодолено»[83]. Другими словами, когда мы связываем болезнь с историческими и социальными условиями ее возникновения, мы готовимся к тому, чтобы вновь отыскать ее органические составляющие, и на основании этого осуществляем действительно материалистический анализ.

4) *Терапия.* — На этих страницах, посвященных лишь природе болезненного и

[83] Доклад на конгрессе в Риме.

психической патологии, в наши намерения не входит рассмотрение проблемы психологического лечения; укажем лишь, как она связана с общими концепциями болезни. В классической медицинской практике открывается смысл отчуждения. Если мы действительно признаем, что личность больного изменяется и становится под влиянием болезни отчужденной от самой себя, именно за пределами личности и должна быть установлена терапия. Обходя кругом болезнь и больного, электрошоком воздействуют на настроение, лоботомия высвобождает органическую адаптацию к эмоциональным перегрузкам — в любом случае, путь выздоровления никогда не проходит через внутренние механизмы болезни; или, если такое происходит, как в случае психоанализа, так лишь посредством апеллирования к бессознательному, которое в своем обращении к уловкам инстинктов и латентности прошлого лежит за пределами личности больного и его актуальной ситуации. Если же, напротив, согласиться с теми двумя пропозициями, которые мы стремились доказать, — что первоначальное условие болезни должно лежать в конфликте человеческой среды и что сущность болезни в том, что она есть генерализованная реакция защиты на этот конфликт, — тогда терапия должна осуществляться другим путем.

Поскольку болезнь сама по себе есть защита, терапевтический процесс должен придерживаться линии патологических механизмов; речь идет о том, чтобы опереться на болезнь, дабы ее преодолеть. Именно так действует лечебный сон: он усиливает патологическое торможение, вызывая торможение генерализованное, и — в силу того что этот процесс связан с ассимиляцией нервной клетки — ведет к функциональному восстановлению, устраняющему подавление защиты, очаги возбуждения и патологическую инертность. И с другой стороны, поскольку болезнь всегда отсылает к конфликтной диалектике ситуации, то лишь в пределах этой ситуации терапия обретает смысл и возможную эффективность. Можно сказать, что психоанализ является терапией, оторванной от реальности, поскольку он конституирует в пространстве между больным и врачом искусственную среду, намеренно отрезанную от нормальных и социально интегрированных форм межличностных отношений; поскольку он стремится придать реальным конфликтам больного смысл психологических конфликтов, а актуальным формам болезни — значение предшествующих им травм; и наконец, поскольку он освобождает от необходимости реального решения, замещая его высвобождением инстинктов, придуманных в рамках собственной мифологии, или осознанием импульсов, которые психоаналитический идеализм признает источником объективных конфликтов. Психоанализ психологизирует реальность, доводя ее до ирреального: он заставляет больного увидеть в своих конфликтах разлаженный закон своего сердца, уводя от необходимости прочтения противоречий миропорядка. Такой терапии необходимо предпочесть ту, что предлагает больному конкретные способы преодоления конфликтной ситуации, изменяя среду или отвечая на противоречия условий существования другим, т. е. адаптированным, способом. Когда ирреализуются отношения индивида и среды, не существует никакой возможности выздоровления — фактически выздороветь можно, лишь реализуя новые отношения со средой[84].

Ошибаются и те, кто хочет исчерпать сущность болезни ее психологическими манифестациями и отыскать в психологическом объяснении путь к выздоровлению. Стремиться оторвать больного от условий его существования, а болезнь — от условий ее возникновения означает ограничиваться той же абстракцией и разделять психологическую теорию и социальную практику интернирования, т. е. стремиться удержать больного в его отчужденной экзистенции. Настоящая психология должна освободиться от тех абстракций, что затемняют истину болезни и отчуждают реальность больного, поскольку, когда мы говорим о человеке, абстракция не является лишь простой интеллектуальной ошибкой; настоящая психология должна избавиться от этого психологизма, ведь как и любая наука о

---

[84] Практические следствия этих идей можно найти в реформе структуры медицинской помощи и психиатрических больниц. Требуются именно такие реформы, и их уже начали некоторые врачи, высказавшие свои идеи в замечательном номере «Esprit», посвященном психиатрии (декабрь 1952 г.).

человеке, она должна быть нацелена на его освобождение.

Несколько дат из истории психиатрии[115]

1793 — *Пинель* назначен главным врачом санчасти Бисетра.

1822 — Диссертация *Бейля* «Исследования душевных болезней (дефиниция общего паралича)».

1838 — Закон о душевнобольных.

1843 — *Бейарже* основывает «Медико-психологические анналы»[116].

1884 — *Джексон Д. Х.* «Крунианские лекции».

1889 — *КрепелинЭ.* «Учебник психиатрии».

1890 — *Маньян В.* «Периодическое безумие».

1893 — *Брейер Й., Фрейд З.* «Исследования истерии».

1894 — *Жане* Я. «Психологический автоматизм».

1909 — *Фрейд З.* «Анализ фобии пятилетнего мальчика».

1911 — *Фрейд З.* «Психоаналитические заметки об одном случае паранойи, описанном в автобиографии».

1911 — *Блейлер Ю.* «Раннее слабоумие, или Группа шизофрении».

1913 — *Ясперс К.* «Общая психопатология».

1921 — *Фрейд З.* «По ту сторону принципа удовольствия».

1926 — *Павлов И. П.* «Лекции о деятельности коры головного мозга».

1928 — *Монаков К. фон, Мург Р.* «Биологическое введение в неврологию и психопатологию».

1933 — *Бинсвангер Л.* «Скачка идей».

1936 — *Эгаги Мониц* впервые проводит лоботомию[117].

1938 — *Черлетти* начинает использовать электрошок[118].

Приложение

От личности к истории…

от «Психической болезни и личности» к «Психической болезни и психологии»

Помещая в книгу данное приложение, мы ставили перед собой цель не только показать сам факт пересмотра Фуко некоторых идей работы «Психическая болезнь и личность», т. е. представить историю книги, но и отразить *направленность* этих изменений. За те семь лет, которые разделяют «Психическую болезнь и личность» и «Психическую болезнь и психологию», в творчестве Фуко появляются другие акценты: на смену вниманию к личности приходит интерес к истории, и эта книга, а точнее ее трансформация от первого ко второму изданию, как нельзя лучше отражает смену приоритетов.

В представленной далее таблице сопоставляется структура обоих изданий, а также приводятся имеющиеся в соответствующих главах незначительные расхождения, которые выделены разрядкой.

В скобках через косую черту указаны номера страниц оригинальных изданий и настоящего издания (19 / 57).

За таблицей следует вторая часть работы «Психическая болезнь и личность», сверенная с таковой во втором издании («Психическая болезнь и психология»). Поскольку текст здесь содержит уже значительные расхождения, мы сочли целесообразным представить его отдельно. Полностью совпадающие части помещены в квадратные скобки, все комментарии к ним опущены, комментарии к новым фрагментам второго издания приведены в общем

комплексе «Комментарий переводчика».

Введение

(первое издание)

Хотелось бы показать, что истоки психической патологии должны выводиться не путем спекуляции из некой «метапатологии», но лишь на основании рефлексии о самом человеке. Тем не менее, чтобы напомнить, как появились все — традиционные и недавние — психопатологии и показать, от каких постулатов должна освободиться медицина для того, чтобы стать строго научной, необходим краткий экскурс. (2 / *66)*

(второе издание)

Хотелось бы показать, что истоки психической патологии нужно искать не в некой «метапатологии», но в определенной исторически установленной связи, идущей от человека к безумному человеку и человеку истинному.

Тем не менее, чтобы напомнить, как появились все — традиционные и недавние — психопатологии и показать, какие из своих предпосылок должна осознать медицина для того, чтобы стать строго научной, необходим краткий экскурс. (2)

Глава I. Психическая медицина и органическая медицина

(первое издание)

Наряду с этим предрассудком о присутствии специфической сущности болезни, и будто бы для того, чтобы компенсировать ту абстрактность, которую он предполагает, существует натуралистический постулат, который характеризует болезнь как естественный вид…

В рамках психической патологии сходным статусом наделяется понятие психологической целостности; если бы болезнь рассматривалась только в рамках больной личности, она была бы ее внутренним измерением, внутренней дезорганизацией ее структуры, постепенным нарушением ее развития и не обладала бы собственной реальностью. (9 / 76)

Ситуация попечительства, навязанная безумцу законом 1838 г., общая зависимость от медицинского освидетельствования, несомненно, способствовали тому, чтобы закрепить к концу XIX века образ истерика. (15/86)

Психическая патология должна освободиться от всех постулатов, опирающихся на «метапатологию»: единство, обеспечивающееся единством различным форм болезни, всегда искусственно; только конкретный человек является носителем их фактического единства.

Стало быть, необходимо, доверяя человеку самому по себе, а не отталкивающимся от болезни абстракциям, проанализировать специфику психического заболевания, отыскать конкретные формы, которые оно может принимать в психологической жизни индивида, затем выяснить условия, сделавшие возможными эти различные аспекты, и восстановить целостную каузальную систему, которая лежит в их основе. На эти две группы вопросов мы попытаемся ответить в двух частях этого труда:

1) Психологические измерения болезни;

2) Фактические условия болезни. (16–17/87-88)

(второе издание)

Наряду с этим предрассудком о присутствии специфической сущности болезни, и будто бы для того, чтобы компенсировать ту абстрактность, которую он предполагает, существует натуралистический постулат, который характеризует болезнь как ботанический вид… (7)

В рамках психической патологии сходным статусом наделяется понятие психологической целостности; если бы болезнь рассматривалась только в рамках структурированной личности, она была бы ее внутренним измерением, внутренней

дезорганизацией ее структуры, постепенным нарушением ее развития и не обладала бы собственной реальностью. (9)

Ситуация интернирования и попечительства, навязанная безумцу законом 1838 г., общая зависимость от медицинского освидетельствования, несомненно, способствовали тому, чтобы закрепить к концу XIX века образ истерика. (15)

Психическая патология должна освободиться от всех постулатов, опирающихся на «метапатологию»: единство, обеспечивающееся единством различным форм болезни, всегда искусственно; оно укоренено в историческом факте, который мы ухватить уже не можем.

Стало быть, необходимо, доверяя человеку самому по себе, а не отталкивающимся от болезни абстракциям, проанализировать специфику психического заболевания, отыскать конкретные формы, которые за ним закрепила психология, затем выяснить условия, сделавшие возможным этот отчужденный статус безумия — психического заболевания, несводимого ни к какому другому заболеванию. На эти два вопроса мы попытаемся ответить в двух частях этого труда:

1) Психологические измерения психической болезни;

2) Психопатология как факт цивилизации. (16–17)

Часть первая. Психологические измерения болезни
Глава II. Болезнь и развитие

(первое издание)

…все эти феномены заставляют описывать болезнь в понятиях утраченных функций: спутанное сознание больного затемнено, сужено, фрагментарно. (19/89)

Ссылка:

Ошибка неоджексонизма, как у А. Эйя, состоит в том, что регрессию превращают в «принцип» болезни, стремясь исчерпать таким образом целостность последней и отыскать в регрессии ее причину. (33/111)

(второе издание)

…все эти феномены заставляют описывать болезнь в понятиях утраченных функций: спутанное сознание больного дезориентировано, затемнено, сужено, фрагментарно. (19)

Глава III. Болезнь и индивидуальная история
Глава IV. Болезнь и существование

(первое издание)

(без изменений)

(второе издание)

Отсутствует. (33)

Часть вторая. Условия болезни
Введение

(первое издание)

Проведенный анализ установил координаты, ориентируясь на которые мы можем посмотреть на патологическое изнутри самой личности. (71 /163)

(второе издание)

Проведенный анализ установил координаты, в которых психология может локализовать патологический факт. (71/240)

Глава V. Исторический смысл психического отчуждения

(первое издание)

(текст главы полностью изменен)

(второе издание)

Глава V. Историческая конституция психического заболевания

Глава VI. Психология конфликта

(первое издание)

Истинным основанием психологической регрессии, следовательно, выступает конфликт социальных структур… (86 / 185)

Социальные отношения, которые определяются актуальной экономикой в формах конкуренции, эксплуатации, империалистических войн и классовой борьбы, наделяют человека неизменно противоречивым опытом переживания своего социального окружения. Эксплуатация, отчуждающая человека в экономический объект, хотя и связывает его с другими, но лишь в отрицательных связях зависимости; социальные законы, объединяющие людей сходной судьбы, противопоставляют их в борьбе, которая, как ни парадоксально, есть лишь форма диалектического развертывания этих законов; универсальность экономических и социальных структур позволяет признать мир родиной и в глазах всех людей прочесть единый смысл… (86 /185-186)

Он не может рассчитывать на то, что его сразу же примут как брата… (87 / 186)

Более того: случайно ли то, что Фрейд, размышляя над военными неврозами, удвоил инстинкт жизни, выразив устарелый буржуазный оптимизм XIX века, инстинктом смерти… (87/187)

Или, скорее, в эту эпоху капитализм прояснил для себя самого опыт своих собственных противоречий: было необходимо отказаться от устаревшей идеи солидарности и признать, что человек может и должен обратить человека в негативный опыт, переживаемый в модусе ненависти и агрессии. Психологи назвали этот опыт амбивалентностью и увидели в нем конфликт инстинктов. В действительности же он укоренен в противоречии социальных отношений. (87/187)

Но данный патологический парадокс лишь вторичен по отношению к реальному противоречию, которое его создает. (88 / 188)

Пример шизофрении весьма убедителен: мы много говорим о современной шизофрении… (88/189)

Эта взаимосвязь, несомненно, существует, и не случайно, что болезненный мир в наши дни так же часто обретает вид мира, в котором механистическая рациональность исключает беззаботную и непрерывную спонтанность эмоциональной жизни. (88 / 189)

Но было бы абсурдом утверждать, что современный человек машинизирует свой мир… (89/189)

Действительно, если человек оказывается отчужден от своей собственной техники, если он не может разгадать человеческого и живого значения в продуктах своей собственной деятельности, если экономические исоциальные детерминации ограничивают его, лишая родины в этом мире, он живет в конфликте, предполагающем возможность шизофренического синдрома… (89/189)

Современный мир делает возможной шизофрению не потому, что его техники бесчеловечны и абстрактны, но поскольку человек реализует свои техники так, что больше не может опознать в них себя. Только реальный конфликт условий существования может иметь значение для парадоксальной структуры шизофренического мира. (89/190)

Конечно, мы можем связывать психическое заболевание с человеческой эволюцией… (89/ 190)

Но мы не должны путать эти различные аспекты болезни с ее реальными истоками… (89/190)

На самом же деле, лишь в истории мы можем найти условия возможности психологических структур… (89/190-191)

(второе издание)

Глава VI. Безумие, глобальная структура

(Текст главы изменен; после слов «Вот как общество подвело больного к статусу исключения» совпадает с соответствующим фрагментом главы V первого издания, но содержит многочисленную правку.)

Историческим горизонтом психологической регрессии, следовательно, выступает конфликт социальных структур… (97 / 272)

Социальные отношения, которые определяются культурой в формах конкуренции, эксплуатации, противоборства групп или классовой борьбы, наделяют человека неизменно противоречивым опытом переживания своего социального окружения. Система экономических отношений хотя и связывает его с другими, но лишь в отрицательных связях зависимости; законы сосуществования, объединяющие людей сходной судьбы, противопоставляют их в борьбе, которая, как ни парадоксально, есть лишь форма диалектического развертывания этих законов; универсальность экономических и социальных связей позволяет признать мир родиной и в глазах всех людей прочесть единый смысл… (98/273)

Лишь в воображаемом (Timaginaire) он может рассчитывать на то, что его примут как брата… (98 / 273)

Более того: случайно ли то, что Фрейд, размышляя над военными неврозами, удвоил инстинкт жизни, выразив устарелый европейский оптимизм XVIII века, инстинктом смерти… (98 / 274)

Или, скорее, в эту эпоху наша культура прояснила для себя самой опыт своих собственных противоречий: было необходимо отказаться от устаревшей мечты о солидарности и признать, что человек может и должен обратить человека в негативный опыт, переживаемый в модусе ненависти и агрессии. Психологи назвали этот опыт амбивалентностью и увидели в нем конфликт инстинктов. Мифология не подвергает сомнению мертвые мифы. (99 / 274)

Но данные патологические формы лишь вторичны по отношению к реальному противоречию, которое их создает. (100 / 275)

Мы много говорим о современном безумии… (100/275)

Эта взаимосвязь, несомненно, существует, и не случайно, что болезненный мир в наши дни так же часто обретает вид мира, в котором механистическая рациональность исключает непрерывную спонтанность эмоциональной жизни. (100/276)

Но было бы абсурдом утверждать, что больной человек машинизирует свой мир… (100/276)

Действительно, если человек оказывается отчужден от того, что выражается в языке, если он не может разгадать человеческого и живого значения в продуктах своей собственной деятельности, если экономические и социальные детерминации ограничивают его, лишая родины в этом мире, он живет в культуре, предполагающей возможность такой патологической формы, как шизофрения… (100/276)

Современный мир делает возможной шизофрению не потому, что его факты бесчеловечны и абстрактны, но поскольку наша культура дает миру такую интерпретацию, что человек больше не может опознать в нем себя. Только реальный конфликт условий существования может служить структурной моделью парадоксов шизофренического мира. (101 / 276–277)

Конечно, мы можем связывать психическое заболевание с человеческим происхождением… (101 /277)

Но мы не должны превращать эти различные аспекты болезни в онтологические формы… (101/277)

На самом же деле, лишь в истории мы можем найти конкретные *apriori,* исходя из которых психическое заболевание одновременно с чистым раскрытием своей возможности

обретает необходимые очертания. (101/277)

Заключение

(первое издание)
(полностью изменено)

Часть вторая. Безумие и культура[85]

Введение

Проведенный анализ установил координаты, в которых психология может локализовать патологический факт. [Но если бы он не показал те формы, в которых болезнь проявляется, он не смог бы объяснить и условий ее возникновения. Ошибочно полагать, что органическая эволюция, психологическая история или положение человека в мире могут эти условия обнаружить. Несомненно, именно в этом пространстве болезнь проявляется, раскрывает свои условия, формы выражения, стиль. Но корни патологического факта кроются не здесь.

Бугру в своем словаре указывает, что психологические законы, даже самые общие, имеют отношение к «фазе человечности». Этот факт давно уже стал общим местом социологии и психической патологии: болезнь имеет свою реальность и свое значение, которое может существовать лишь внутри культуры, опознающей ее как болезнь. Больная Жане, которую посещали видения и которая видела стигматы, находилась в ином пространстве, пространстве мистической одержимости и волшебства. Обсессивный больной, который тянется к заразному миру симпатий, в своих искупительных жестах, кажется, актуализирует практику первобытной магии: ритуалы, с помощью которых он обманывает объект своей об-сессии, обретают, на наш взгляд, болезненный смысл именно в той вере в табу, посредством которой первобытный человек обычно рассчитывает приобрести благосклонность этой двойственной силы и застраховаться на случай опасности.

Тем не менее эта относительность болезненного факта не является непосредственно данной. Дюрк-гейм надеялся объяснить его одновременно с помощью эволюционистской и статистической концепций: то, что считается в обществе патологическим, — это те феномены, что, отклоняясь от среднего, выражают минувшие этапы уже свершившейся эволюции или предвещают те ближайшие фазы развития, которые едва только начались. «Если условиться называть средним типом то абстрактное существо, которое мы получим, соединив в одно целое, в нечто вроде абстрактной индивидуальности, свойства, чаще всего встречающиеся в пределах вида и взятые в их наиболее распространенных формах, то можно сказать, что нормальный тип совпадает с типом средним и что всякое уклонение от этого эталона здоровья есть болезненное явление»; и он дополняет эту статистическую позицию, прибавляя: «Социальный факт можно назвать нормальным для определенного социального вида только относительно определенной фазы его развития» («Правила социологического метода»). Несмотря на различные антропологические следствия, к дюркгеймовской перспективе близка концепция американских психологов. Каждая культура, согласно Рут Бенедикт[86], выбирает некие возможности, которые составляют антропологическую констелляцию человека: такая культура, как квакиутль, например, принимает за основу экзальтацию индивидуального «я», которую культура зуни радикально отвергает; агрессия

---

[85] Сверено по: Foucault M. Maladie mentale et psychologie P.: Presses Universitaires de France, 1962. P. 71–104.

[86] Echantillons de civilisation *[Benedict R.* Echantillons de civilisation / Trad. W. Raphael. P., 1950].

является одобряемым поведением у добу, но подавляется у пуэбло. И каждая культура создает из болезни образ, характер которого очерчивается всеми вытесняемыми или подавляемыми ею антропологическими возможностями. Лоуи, изучавший индейцев кроу, описывает одного из них, обладавшего исключительным знанием культурных форм своего племени, но неспособного противостоять физической опасности; и в этой форме культуры, которая признает возможным и придает значение лишь агрессивному поведению, из-за его интеллектуальных способностей его считали безответственным, ни в чем не сведущим и, в конечном счете, больным. «Поскольку, — говорит Бенедикт, — покровительствуют тем, чьи естественные реакции наиболее близки к поведению, характеризующему их общество, те, чьи естественные реакции попадают в комплекс поведения, которого не существует для данной цивилизации, оказываются дезориентированными». В концепции Дюркгейма и в американской психологии болезнь рассматривается одновременно в негативном аспекте и в аспекте возможности. Анализируется в негативном аспекте — так как болезнь определяется по отношению к среднему, норме, «паттерну», и так как в этом отклонении заключается вся сущность патологического: болезнь по природе маргинальна и имеет отношение к культуре лишь постольку, поскольку является поведением, которое в нее не включается. Рассматривается в аспекте возможности — так как содержание болезни определяется теми возможностями, которые сами по себе не являются болезненными и проявляются у Дюркгейма статистической возможностью отклонения от среднего, у Бенедикт— антропологической возможностью человеческой сущности; в обоих анализах болезнь занимает место среди тех возможностей, что составляют поле культурной реальности социальной группы.

Несомненно, здесь не уделяют внимание тому, что есть позитивного и истинного в болезни, каковой она предстает в обществе. Действительно, есть заболевания, признанные заболеваниями: они разделены на группы, имеют свой статус и особенности; патологическое по отношению к культурному в таком случае не является лишь простым отклонением, оно — один из элементов и одна из манифестаций этого типа Давайте оставим в стороне известный случай Бердачес из племени дакота в Северной Америке — у этих гомосексуалистов религиозный статус жрецов и магов, экономическая роль ремесленников и скотоводов связаны с особенностью их сексуального поведения. Но ничто не указывает на то, что в их группе присутствует ясное осознание болезни. Напротив, такое осознание очень тесно связано с социальными институциями. Вот как, согласно Каллауэю, объясняют отклонения шамана зулусы: в начале тот, кто хочет стать шаманом, «выглядит здоровым, но через некоторое время он все больше и больше слабеет, постоянно жалуется на боли… Ему мерещится, что все вещи и его тело стали грязными… У него бывают припадки, которые, когда его обливают водой, на некоторое время прекращаются. При первом неуважении он проливает слезы, затем рыдает навзрыд. Человек в тот момент, когда становится колдуном, есть величайший случай расстройства». Таким образом, было бы неправильно утверждать, что поведенческие характеристики шамана, являющиеся у зулусов признаваемыми и действительными возможностями, у европейцев, напротив, называются ипохондрией или истерией. Здесь сознание болезни не только не исключается социальной ролью, но апеллирует к ней. Болезнь, признанная болезнью, видит себя через статус, которым ее наделяет разоблачающая ее группа. В наших обществах можно найти и другие, не столь древние, примеры роли сумасшедшего — роль деревенского дурака или эпилептика.

Считая отклонение и разрыв самой природой болезни, Дюркгейм и американские психологи, без сомнения, разделяли общую для них культурную иллюзию, что наше общество не хочет узнавать себя в том больном, которого оно изгоняет или заточает; в тот момент, когда оно диагностирует болезнь, оно исключает больного. Таким образом, исследования наших психологов и наших социологов, превращающие больного в девианта и ищущие истоки болезни в ненормальном, являются прежде всего проекцией культурных устоев. В действительности общество позитивно выражается через демонстрируемое его членами психическое заболевание, и происходит это вне зависимости от того, каким

статусом оно наделяет эти болезненные формы: помещает ли их в самый центр своей религиозной жизни, как это зачастую бывает у первобытных людей, или, располагая за пределами общественной жизни, стремится экспатриировать их, как это делает наша культура.

В таком случае возникают два вопроса: как наша культура пришла к тому, что стала придавать болезни смысл девиации, а больного наделять тем статусом, который само же и исключает? И как, несмотря на это, наше общество выражается в тех болезненных формах, каковым оно отказывает в признании?]

Глава V. Историческая конституция психического заболевания

Запад лишь совсем недавно наделил безумие статусом психического заболевания.

Говорили — слишком много говорили — о том, что до прихода к власти позитивной медицины душевнобольного считали одержимым. И вся история психиатрии до сего дня стремилась представить безумца Средневековья и Возрождения никому не понятным больным, попавшим в сеть, сотканную всей совокупностью религиозных и магических значений. Итак, нужно было дождаться объективности ясного медицинского или, точнее, научного взгляда, для того чтобы отыскать изменение естества там, где ранее видели лишь сверхъестественные перверсии. Основанием такой интерпретации являются: фактическая ошибка — безумцев считали одержимыми; необоснованный предрассудок — люди, считающиеся одержимыми, признавались психически больными; наконец, ошибка доказательства — вывод о том, что если одержимые и в самом деле были безумными, с безумными, разумеется, обращались как с одержимыми. И действительно, эта многогранная проблема одержимости непосредственно связана, скорее, не с историей безумия, а с историей религиозных представлений. До XIX века медицина дважды сталкивалась с проблемой одержимости. В первый раз в 1560–1640 гг. — когда Й. Вейер[119] из Дункана по призыву Парламента, правительства и католической иерархии боролся с некоторыми монашескими порядками, продолжающими практику инквизиции: врачей обязали доказать, что все сделки с Сатаной и дьявольские ритуалы можно объяснить властью необузданной фантазии. Во второй раз в 1680–1740 гг. — в ответ на призыв всей Католической церкви и правительства противостоять всплеску протестантского и янсенистского мистицизма, борьба с которыми началась в конце правления Людовика XIV; тогда врачи были созваны церковными властями, чтобы продемонстрировать, что все случаи экстаза, боговдохновленности, пророчества, одержимости Святым Духом были обусловлены (разумеется, у еретиков) лишь значительными изменениями ума или нравов. Аннексия всех этих религиозных или парарелигиозных явлений медициной, стало быть, есть только побочный эпизод по отношению к той большой работе, которая конституировала психическое заболевание. И главное: психическое заболевание является не столько продуктом развития медицины — это сам религиозный опыт, дабы получить преимущество, словно бы вдобавок апеллировал к медицинской критике. Повороты истории таковы, что впоследствии подобную критику медицина направит на все религиозные феномены и вновь обратится, благодаря Католической церкви (которая, тем не менее, будет настойчиво ее к этому побуждать), к целостному христианскому опыту, — чтобы показать парадоксальность того, как религия вскрывает фантастическую мощь невроза, и что те, кого она признает отступниками, являются жертвами и своей религии, и своего невроза. Но этот переворот произойдет только в XIX веке, то есть в ту эпоху, когда позитивистская дефиниция психического заболевания уже будет выработана.

На самом деле, с XIX века опыт безумия в западном мире стал чрезвычайно полиморфным, и отказ в настоящее время от понятия болезни не должен создавать иллюзию появившегося изобилия. Нет сомнения, что в греческой медицине определенная часть пространства безумия уже находилась под властью понятий, принятых в патологии, и связанной с ними практики. Медицинское лечение безумия существовало на Западе во все

времена, и в большинстве больниц Средневековья, таких как парижский Отель-Дьё, имелись койки, предназначенные для безумцев (часто отгороженные места наподобие больших зарешеченных камер для содержания буйных). Но тогда это было лишь ограниченное пространство, очерченное формами безумия, которые признавались излечимыми («исступление», эпизоды неистовства, «меланхолические» приступы). За этими границами имелось множество форм, не связанных с медициной.

Эти проявления все же не являются устойчивыми — они изменяются от эпохи к эпохе, по меньшей мере в своих видимых измерениях: они то остаются сокрытыми, будто погружаясь под воду, то, напротив, выходят на поверхность, развертываются во всей полноте и с легкостью сливаются со всем культурным пейзажем. Конец XV века, несомненно, одна из тех эпох, когда безумие вновь начинает взаимодействовать с основными силами языка. Последние отблески готического века были отмечены непрерывной сменой неотступного господства смерти и безумия. За Пляской смерти на кладбище Невинноубиенных младенцев[120], за «Триумфом смерти»[121], воспетым на стенах Кампо-Санто в Пизе, следует череда бесчисленных плясок и праздников дураков, которых Европа столь охотно прославляет на протяжении всей эпохи Возрождения. Народные празднества, сопровождающие представления «обществ дураков», таких как Синий корабль во Фландрии; целая иконография — от «Корабля дураков» Босха до Брейгеля и «Безумной Марго»[122]; научные тексты, сочинения по философии или нравоучительной критике, как «Stultifera Navis» Бранта[123] или «Похвала глупости» Эразма; наконец, вся литература о безумии, сцены помешательства в елизаветинском и преклассическом французском театре — все это является частью драматической архитектуры и — так же как видения (songes) и, несколько позднее, сцены признания (scenes d'aveu) — направляет драму от иллюзии к истине, от ошибочного решения к настоящей развязке. Это важнейшие составляющие барочного театра, как и современных ему романов: героические приключения рыцарских рассказов обычно оборачиваются причудами разума, уже не способного обуздать собственные химеры. На исходе эпохи Возрождения Шекспир и Сервантес показывают огромную притягательность того безумия, близость царствования которого столетием ранее предрекли Брант и Иероним Босх.

Это вовсе не означает, что в эпоху Возрождения не лечат безумцев. Совсем наоборот: в XV веке мы наблюдаем, как сначала в Испании (в Сарагосе), а затем в Италии открываются крупные изоляторы, предназначенные для безумных. Как правило, там используют методы, навеянные, несомненно, арабской медициной. Но эта практика еще мало распространена. В основном безумие переживается как свободное состояние; оно функционирует как часть общих декораций и языка и предстает повседневным опытом, который стремятся скорее приумножить, чем обуздать. Во Франции в начале XVII века были знаменитые безумцы, над которыми публика — образованная публика — любила потешаться. Некоторые из них, например Блюэ д'Арбер[124], писали книги, издаваемые и читаемые как творения безумия. Где-то до 1650 г. западная культура удивительно терпима к этим формам опыта.

* * *

В середине XVII века произошла резкая перемена: мир безумия превращается в мир исключения (monde de Pexclusion).

Создаются (и это происходит по всей Европе) крупные изоляторы, которые дают приют не только безумцам, но и целому ряду чрезвычайно несхожих, — по крайней мере на наш взгляд, — между собой индивидов; в них помещают бедных инвалидов, несчастных стариков, нищих, убежденных тунеядцев, венерических больных, различных либертинов, тех, кого семья или королевская власть стремятся оградить от общественного наказания, расточительных отцов семейства, беглых священников — одним словом, всех тех, кто по отношению к законам разума, морали и общества проявляют признаки повреждения. Именно по этим соображениям правительство открывает в Париже Общий госпиталь[125], Бисетр и

Сальпетриер[126]; чуть раньше подобного рода тюрьму из бывшего лепрозория в Сен-Лазаре[127] создает св. Винсент де Поль[128], и вскоре Шарантон[129] — изначально госпиталь — выравнивается по образцу этих новых институций. Во Франции в каждом большом городе будет свой Общий госпиталь.

Эти учреждения не имеют никакого медицинского предназначения; в них люди помещаются не с целью лечения, но потому, что больше не могут или не должны оставаться частью общества. Интернирование, которому безумца вместе со многими другими подвергают в классическую эпоху, ставит вопрос не об отношении безумия к болезни, но об отношении общества к самому себе — к тому, что в поведении индивидов оно принимает или не принимает. Интернирование — это, несомненно, способ помощи; многочисленные основания, на которых оно базируется, являются тому доказательством. Но это система, которая в идеале должна быть совершенно замкнута в самой себе. В Общем госпитале, как и в работных домах Англии, являющихся практически его современниками, господствует принудительный труд: прядут, ткут, производят разнообразные вещи, которые выбрасываются на рынок по более низкой цене, чтобы полученная прибыль обеспечила функционирование больницы. Но обязательный труд играет также роль наказания и нравственного контроля. Ибо в буржуазном мире, в процессе его конституирования, тягчайший порок, грех, определяется преимущественно в сфере рынка — это больше не гордыня и не алчность, как в Средневековье, а праздность. Общая черта, объединяющая всех тех, кто находится в учреждениях интернирования, — неспособность принимать участие в производстве, циркуляции или аккумуляции богатств (вне зависимости от того, виновны они в этом или нет). Исключение, которому их подвергают, есть мера этой неспособности; она указывает на возникновение в современном мире ранее не существовавшей цезуры. Интернирование, стало быть, — как по своим истокам, так и по первоначальному смыслу — было связано с этой реконструкцией социального пространства.

Для конституции современного опыта безумия этот феномен является вдвойне важным. С одной стороны, безумие, если оно долго остается видимым и многословным, если присутствует повсюду, исчезает. Оно выходит на сцену, когда безмолвствует и когда длительно в это безмолвие погружено; оно лишено собственного языка, и если даже о нем и говорят, то само оно о себе ничего сказать не может. Не может, по меньшей мере, до Фрейда, который первым предоставил разуму и неразумию возможность взаимодействовать под гнетом общего языка, всегда готового к разрыву и распутыванию через недосягаемое. С другой стороны, безумие благодаря интернированию установило новое и необычное родство. Это пространство исключения, которое вместе с безумцами объединяло венерических больных, либертинов и большое количество совершеннолетних или несовершеннолетних преступников, привело к своеобразной загадочной ассимиляции, и безумие установило с нравственной и социальной виной настолько тесную связь, что уже никогда не сможет ее разорвать. Неудивительно, что с XVIII века обнаруживается взаимосвязь между безумием и целым рядом «преступлений любви», что безумие начиная с XIX века становится наследником преступлений, обретших благодаря ему одновременно и право на существование, и довод в пользу своей невиновности, а кроме того, в XX веке безумие откроет в центре себя самого элементарное ядро виновности и агрессии. Все это связано отнюдь не с последовательным открытием истинной природы безумия, но лишь с оседанием того, что история Запада делает из него вот уже триста лет. Безумие более исторично, чем обычно принято считать, и, к тому же, моложе.

* * *

Своей первичной функции — обезмолвливания безумия — интернирование следует чуть больше столетия. С середины XVHI века тревога возвращается[130]. Безумец вновь появляется в самых обычных ситуациях и снова становится частью привычных картин жизни. Свидетельство тому — «Племянник Рамо»[131]. Все дело в том, что в эту эпоху

исправительный мир, куца безумие было помещено вместе со столькими пороками, грехами и преступлениями, — начал распадаться. Политическое разоблачение незаконного заточения, экономическая критика оснований и традиционных форм помощи, пользующееся популярностью посещение таких учреждений, как Бисетр или Сен-Лазар, приводят к закреплению за последними репутации средоточия зла. Весь мир требует упразднения интернирования. Но во что превратится безумие, восстановив утраченную свободу?

До 1789 г. реформаторы и сама Революция стремились упразднить интернирование как символ имевшегося ранее угнетения и одновременно ограничить госпитальную помощь как признак существования класса изгоев. Искали форму предоставления финансовой помощи и медицинского ухода, которыми бедняки смогли бы воспользоваться на дому, а значит, вне госпиталя. Но безумцы, в особенности вновь обретшие свободу, могли оказаться опасны для своей семьи и группы, к которой они принадлежали. Поэтому возникла необходимость их сдерживания, а также уголовного наказания тех, кто позволяет бродяжничать «безумцам и опасным животным».

Именно для того чтобы решить эту проблему, бывшие изоляторы, во времена Революции и Империи принимавшие безумцев вместе со многими другими, теперь предназначались исключительно для первых. Вот так филантропия эпохи освободила абсолютно всех, за исключением безумцев; лишь они окажутся подлинными наследниками интернирования и единственными адресатами отживших мер исключения.

В те времена интернирование, несомненно, приобретает новое значение: оно становится медицинской мерой. Пинель во Франции, Тьюк в Англии, в Германии Вагниц и Райль[132] связали свои имена с этой реформой. И история психиатрии и медицины видит во всех этих персонажах символ двойственных изменений — приход гуманизма и, в конце концов, позитивной науки.

Но все было совершенно иначе. Пинель, Тьюк, их современники и предшественники отнюдь не упразднили практику интернирования, но, напротив, еще крепче опутали ею безумца. Идеальная лечебница, которую Тьюк устроил вблизи Йорка, предполагала вновь воссоздать вокруг безумца квазисемью, где он должен был чувствовать себя как дома; фактически здесь за ним устанавливают постоянный общественный и нравственный контроль; излечить означает вновь внушить ему чувства зависимости, покорности, виновности, признательности, выступающие нравственной основой семейной жизни[133]. Чтобы добиться этого, используют угрозы, наказания, лишение пищи, унижение — одним словом, все то, что может сделать безумца инфантильным и одновременно внушить ему чувство вины. Пинель в Бисетре использует подобные методы после «освобождения связанных», остающихся там вплоть до 1793 г. Разумеется, он снимает (хотя и не со всех) материальные оковы, ограничивавшие больных физически. Но он опутывает их цепями нравственными, и лечебница превращается в своего рода бесконечно длящееся судилище: за поведением безумца постоянно следят, его притязания обесценивают, бред оспаривают; ошибки высмеивают — за любым отклонением от нормального поведения незамедлительно следует наказание. И все это происходит под руководством врача, которому вменяется не столько терапевтическое воздействие, сколько этический контроль. Он выполняет в лечебнице функцию агента нравственных синтезов[134].

Более того: несмотря на чрезвычайно широкое распространение интернирования, классическая эпоха в некоторой степени допускала существование и развитие связанной с безумием медицинской практики. В обычных больницах имелись отделения, предназначенные для безумцев; их лечили, и медицинские тексты XVII и XVIII веков стремились установить — главным образом, по отношению к чрезвычайно возросшему числу приливов[135] и нервных заболеваний — наиболее подходящие для выздоровления умалишенных (insenses) методы. Эти методы лечения не являлись ни психологическими, ни физическими, но были и теми и другими одновременно — картезианское разделение длительности и мышления не нарушало единства медицинской практики. Больного ставили под душ или погружали в ванную, дабы охладить его мысли и чувства; в него впрыскивали

свежую кровь, дабы восстановить ее нарушенную циркуляцию; стремились вызвать у него живые впечатления, дабы изменить ход его воображения.

Все эти методы, которые оправдывала физиология эпохи, использовали Пинель и его последователи, но в исключительно репрессивном и нравственном контексте. Душ больше не охлаждал, но наказывал— его нужно было теперь использовать не тогда, когда больной «разгорячен», но если он совершил проступок; еще в середине XIX века Лёре будет направлять на голову своих больных ледяной душ и попытается в этот момент установить с ними диалог, требуя признать, что их вера является лишь бредом[136]. XVIII век изобрел и вращательную машину, в которую больного помещали, чтобы ход его мысли, излишне фиксированный на бредовой идее, был приведен в нормальное состояние и вновь обрел свое естественное течение. XIX век усовершенствовал эту систему, наделив ее строго карательным назначением: при каждом бредовом приступе больного, если он не раскаивался, вращали до потери сознания. Использовали и полое подвижное колесо, которое вращалось вокруг горизонтальной оси, причем скорость его вращения была тем выше, чем сильнее был возбужден помещенный в нее больной. Все эти медицинские манипуляции — предложенные лечебницей версии старых методов, но за ними больше не стоит физиология. Важно, что лечебница эпохи Пинеля в самой стратегии интернирования отражает не «медикализацию» социального пространства исключения, но лишь путаницу между исключительно этически окрашенными методами, применяющимися по причине социальной предосторожности, и методами, реализующими исключительно медицинскую стратегию.

Начиная с этого момента безумие перестало считаться феноменом, затрагивающим в своих фантазиях и бреде совокупно тело и душу. В новом мире лечебниц, в этом наказующем мире морали, безумие стало, главным образом, фактом человеческой души, ее виновности и ее свободы; его отныне относят ко внутреннему измерению, и здесь впервые в истории западного мира безумие претендует на психологический статус, структуру и значение. Но эта психологизация является лишь внешним проявлением более потаенного и глубинного процесса — процесса, посредством которого безумие оказывается погруженным в систему моральных ценностей и репрессий. Оно обволакивается карательной системой, где безумец, молодея, приближается в своих правах к ребенку, и где безумие с внушенным ему чувством вины оказывается изначально связанным с пороком. Неудивительно, что вся психопатология от Эскироля до нашего времени движима этими тремя темами, определяющими ее проблематику: отношением свободы и автоматизма, феноменами регрессии и инфантильной структуры поведения, агрессии и виновности. То, что мы видим за понятием «психологии» безумия, есть лишь результат всех сформировавших его процессов. Вся эта психология не смогла бы возникнуть без морализаторского садизма, посредством которого «филантропия» XIX века заточала безумие, прикрываясь лицемерным образом «освобождения».

* * *

Знание всегда связано с присущими ему формами жестокости. Знание о безумии не исключение. Но, несомненно, в случае безумия эта связь особенно важна, поскольку именно благодаря ей возникла возможность психологического анализа безумия, но в особенности потому, что именно она подспудно стоит в основе возможности любой психологии. Не надо забывать, что «объективная», или «позитивная», или «научная» психология имеет свое историческое происхождение и свое основание в патологическом опыте. Ведь это анализ расщеплений сознания привел к возникновению психологии личности, анализ автоматизмов и бессознательного — к формированию психологии сознания, анализ дефицитов — к рождению психологии способностей. Другими словами, человек стал «психологизированным видом» лишь тогда, когда его связь с безумием сделала возможной психологию, т. е. с того момента, когда эта связь стала определяться внешним измерением исключения и наказания и внутренним измерением морального ассигнования и виновности.

Размещая безумие относительно этих двух фундаментальных осей, человек начала XIX века сделал возможным уловить его и благодаря этому создать общую психологию[137].

Этот опыт Неразумия, в котором до XVIII века западный человек видел полуночный свет своей истины и контестацию (contestation) себя самого, стал тогда и остается для нас до сих пор естественной истиной человека. Но теперь ясно, что эта дорога к безумию слишком двусмысленна: она одновременно и побуждает к объективным упрощениям (по причине стремления к исключению), и вызывает постоянное напоминание о себе (в соответствии со стремлением к моральному ассигнованию). Это практически современное Революции установление отношения человека к самому себе стоит у истоков всей эпистемологической структуры современной психологии. «Психология» — лишь тонкая пленка на поверхности мира морали, где современный человек ищет свою собственную истину и ее утрачивает. Это прекрасно понимал Ницше, что, несомненно, и заставило его говорить прямо противоположное.

Следовательно, психология безумия может быть лишь смехотворной пародией на себя саму, хотя и прикасается к существенному.

Она смехотворна, поскольку для того, чтобы создать психологию безумия, сама психология должна пошатнуть свои собственные основы, возвратиться к тому, что сделало ее возможной, что она обычно обходит стороной и что для нее по определению недоступно. Психология никогда не сможет высказать истины безумия, поскольку именно безумие хранит истину психологии. Но психология безумия не может не стремиться к основам, потому что она незаметно для себя самой движется туда, где ее возможности исчерпываются; она возвращает свой утраченный статус и устремляется туда, где человек устанавливает отношение с самим собой и открывает ту форму отчуждения, которая привела к появлению *homo psychologicus.* Приблизившись к своим истокам, психология безумия тем не менее не овладеет безумием и не приведет его к смерти, но разрушит саму психологию и восстановит порядок уже не морально обусловленного и поэтому не психологического, но сущностного отношения — отношения между разумом и неразумием.

Именно это отношение, несмотря на всю нищету психологии[138], присутствует и открывается нам в произведениях Гельдерлина, Нерваля, Русселя и Арго, и это оно дает человеку надежду, что, возможно, когда-нибудь он снова сможет освободиться от всякой психологии для великого, трагичного противостояния безумию.

Глава VI. Безумие: глобальная структура

Только что сказанное ни в коем случае не нужно расценивать как априорную критику всякой попытки прояснить феномены безумия или определить тактику выздоровления. Между психологией и безумием можно лишь обнаружить такие отношения и настолько фундаментальное нарушение равновесия, которые делают тщетным любое усилие целостного рассмотрения безумия, а также его сущности и его природы в терминах психологии. Само понятие «психическое заболевание» выражает стремление начать подобную игру. То, что мы называем «психическим заболеванием», есть лишь отчужденное безумие, отчужденное посредством психологии, возможность которой оно само и обеспечивает.

Необходимо стремиться к тому, чтобы когда-нибудь приблизиться к исследованию безумия как глобальной структуры — свободного и неотчужденного безумия, так сказать, возвращенного к своему изначальному языку.

Прежде всего, не подлежит сомнению, что не существует такой культуры, которая бы не чувствовала в поведении и языке людей те феномены, к которым общество устанавливает специфическое отношение: эти люди не считаются ни окончательно больными, ни абсолютно преступными, ни исключительно колдунами, ни вполне обычными людьми. В них есть что-то, что говорит о различии и требует различения. Давайте воздержимся от тех утверждений, что это простейшее сознание — неясное и диффузное, — которое наш ученый

разум считает психическим заболеванием, является лишь вакуумом, внутри которого укоренен опыт безумия. В этой чисто негативной форме уже проступает то позитивное отношение, в которое общество вовлекает свои ценности и которым их проверяет. Так, в эпоху Возрождения вслед за сквозной идеей смерти, боязнью Апокалипсиса и угрозой другого мира в этом мире возникает новая угроза такого непостижимого вторжения изнанки и, так сказать, потаенного зияния земли, вторжения Безумия, ставящего Другой мир на тот же уровень, что и наш — такого, что теперь не понять, наш ли мир раздваивается в фантастическом мираже, другой ли овладевает им, или тайна нашего мира в конечном счете состоит в том, что он уже изначально — и до нашего знания о нем — другой. Именно этот неопределенный, двусмысленный опыт, располагающий чуждость в самом центре привычного, у Иеронима Босха становится зримым: мир во всех своих проявлениях, каждая травинка, населены крошечными, беспокойными и смешными чудовищами, несущими одновременно истину и ложь, иллюзию и тайну, Я и Другого. «Сад Наслаждений» не является ни символическим и стройным образом безумия, ни спонтанной проекцией бредового воображения, — это восприятие мира, настолько приближенного к себе и отдаленного от себя, чтобы быть открытым абсолютному различию Безумия. Столкнувшись с этой угрозой лицом к лицу, культура Возрождения проверяет свои ценности и призывает скорее к ироничному, чем к трагичному противостоянию. Разум узнается как расщепленный и утративший себя: он считается мудрым — он безумен; он полагает, что знает, — он не может постичь; он считается здравым — он помрачен; сознание погружается во тьму и мир забвения именно тоща, когда кажется, что оно устремлено к вечному свету. Намечается целая игра, которая будет столь распространена в эпоху Возрождения: не скептическая игра разума, признающего свои пределы, но более сложная, более рискованная, более иронично-серьезная игра разума, ведущего партию с Безумием.

На основании этого общего и исходного опыта возникает другой опыт, уже более связный. *Это* позитивные или негативные оценки, формы принятия и отвержения, относящиеся к только что рассмотренному опыту. Очевидно, что XVI век наделял позитивным значением и признавал то, от чего XVII век стремился отречься, то, что он пытался обесценить и заставить умолкнуть. Безумие в самом широком смысле располагается именно здесь, на том уровне оседания феноменов культуры, где возникает отрицательная оценка того, что сначала понимали как Отличное, Безумие, Неразумие. Здесь укоренены нравственные значения, действуют защиты, устанавливаются барьеры и формируются все ритуалы исключения. Это исключение обусловлено различными типами культур: географической сепарацией (как в тех индонезийских обществах, где «отличный» человек живет в одиночестве, иногда в нескольких километрах от поселения), физической сепарацией (как в наших обществах, которые практикуют интернирование) или просто виртуальной сепарацией, едва заметной извне (как в Европе в начале XVII века).

Эти тактики разделения образуют каркас восприятия безумия. Опознание, позволяющее сказать: «Этот — безумец», — не может быть ни простым, ни непосредственным актом. На самом деле оно основано на определенном числе предварительных операций и, главным образом, на разделении социального пространства согласно векторам оценки и исключения. Когда врач убежден, что диагностирует безумие как явление природы, это означает, что существует порог, позволяющий выносить подобное суждение. У каждой культуры есть свой определенный порог и он изменяется в зависимости от ее конфигурации; начиная с середины XIX века порог чувствительности к безумию в нашем обществе значительно снизился, существование психоанализа — показатель этого снижения в том смысле, что психоанализ есть и его результат и его причина. Необходимо отметить, что этот порог не обязательно связан со сформированностью медицинского сознания: безумец может опознаваться и изолироваться, не наделяясь при этом четким патологическим статусом, как это было в Европе после XIX века. Наконец, с порогом этой чувствительности связана, хотя и не зависит от него, толерантность к самому факту существования безумца. В современной Японии количество безумцев, признанных таковыми

их окружением, почти такое же, как в США, но в США толерантность ниже в том смысле, что социальная группа (главным образом, семья) не способна интегрировать в себя или просто принять девиантного индивида; ему сразу же предписываются госпитализация, пребывание в клинике или просто разлука с семьей. В Японии, напротив, среда более толерантна, и госпитализация далеко не всегда является правилом. Одна из многочисленных причин, с которой связано снижение количества поступающих в европейские психиатрические больницы во время войн и тяжелых кризисов, связана с тем, что уровень интеграгивных норм среды в это время резко снижается и среда как таковая становится более толерантной, чем в обычное время — когда она более спаяна и находится под меньшим давлением обстоятельств.

Именно на основании этих четырех уровней[139] может, наконец, сформироваться медицинское сознание безумия. Восприятие безумия становится тогда опознанием болезни. Но ничто при этом еще не требует от него быть диагностикой болезни «психической». Ни арабская медицина, ни медицина Средних веков, ни даже посткартезианская медицина не признавали различия между болезнями тела и болезнями разума — каждая патологическая форма, как считалось, затрагивала человека в его целостности. И конституция психопатологии все еще предполагает существование целой серии операций, с одной стороны, разделяющих органическую патологию и знание о психических заболеваниях, а с другой — определяющих законы общей для этих двух областей «метапатологии», феномены которых она упорядочивает со свойственной ей абстракцией. Эта теоретическая организация психического заболевания связана с целостной системой практики: организацией медицинской сети, системой выявления и профилактики, формами помощи, распределением обслуживания, критериями выздоровления, определением гражданской недееспособности больного и отсутствия юридической ответственности — словом, со всей совокупностью параметров, определяющих в данной культуре жизнь конкретного безумца.

* * *

Но пока еще речь идет о том, что мерой того расстояния, на которое отдаляется общество от этого основополагающего опыта Безумия, становятся последовательно сменяющие друг друга сумасшествие, болезнь и психическое заболевание. Следовало бы также продемонстрировать и обратное движение, т. е. то, как культура может положительно выражаться в феноменах, которые сама же и отвергает. Даже будучи погруженным в безмолвие и подвергаясь исключению, безумие наделяется ценностью языка и обретает смысл в тот самый момент, когда изобличается и отвергается как безумие. Приведем пример психического заболевания, его структур и типов, в которых наша психология узнает себя.

[Болезнь утверждается в эволюции как нарушение ее хода; в своем регрессивном аспекте она отражает детские реакции или архаичные формы личности. Но эволюционизм ошибается, когда видит в этом регрессе сущность патологического и его реальные истоки. Если регрессия к детству проявляется неврозом, то это лишь результат. Для того чтобы детское поведение стало для больного убежищем, чтобы его повторное явление считалось неустранимым патологическим фактом, необходимо, чтобы общество поместило между прошлым и настоящим индивида черту, которую мы не можем и не должны пересекать; чтобы культура допускала прошлое, лишь вынуждая его исчезнуть. И наша культура действительно устанавливает эту границу. Когда XVIII век, вместе с Руссо и Песталоцци, задается целью установить для ребенка педагогические правила, регулирующие его развитие, мир, обладающий собственной мерой, он позволяет создать вокруг детей ирреальное, абстрактное и архаичное пространство, никак не сообщающееся со взрослым миром. Вся эволюция современной педагогики с ее безукоризненной целью огородить ребенка от взрослых конфликтов лишь усиливает ту дистанцию, которая для каждого человека отделяет его детскую жизнь от взрослой. Другими словами, дабы уберечь ребенка от конфликтов, она навязывает ему глобальный конфликт — противоречие между его

детской и его действительной жизнью[87]. Если дополнить это тем, что в педагогических институциях общество никогда напрямую не являет свою реальность с ее конфликтами и противоречиями, но отражает ее лишь косвенно, посредством мифов, извиняющих, оправдывающих и идеализирующих ее в химерической связности, а также тем, что общество в педагогике грезит о золотом веке (о нем мечтают Платон, Руссо, республиканская институция Дюркгейма, педагогический натурализм Веймарской республики), понятно, что патологические фиксации или регрессии возможны лишь в пределах определенной культуры; чтобы они преумножались, общественные формы не позволяют отбрасывать прошлое и уподобляют его актуальному содержанию опыта. Неврозы регрессии не отражают невротической природы детства, но разоблачают архаичный характер педагогических институций. Что стоит в основе этих патологических форм, так это конфликт, разворачивающийся внутри общества между формами воспитания ребенка, за которыми оно скрывает свои мечты, и тем статусом, которым оно наделяет взрослого и в котором, напротив, просматриваются его реальное настоящее и его беды. То же самое можно сказать и о социальном развитии: религиозный бред со всей своей системой поверхностных утверждений и тот магический горизонт, который он всегда предполагает, представляется в отношении к социальному развитию как индивидуальная регрессия. Дело не в том, что религия является бредовой по своей природе, и не в том, что за пределами актуальной религии индивид встречается со своими наиболее сомнительными психологическими истоками. Но религиозный бред есть функция секуляризации культуры: религия может выступать объектом бредовой веры лишь поскольку культура группы больше не позволяет ассимилировать религиозную веру или мистическое в актуальное содержание опыта. На основании этого конфликта и стремления его разрешить рождается мессианистический бред, галлюцинаторный опыт видений и очевидность сокрушительного зова, восстанавливающие в мире безумия единство, раздробленное в мире реальном.] Историческим горизонтом [психологической регрессии, следовательно, выступает конфликт социальных структур, каждая из которых несет хронологические метки, отсылающие к различным историческим истокам.

Индивидуальная история со своими травмами и механизмами зашиты, а главным образом, с неотступно преследующей ее тревогой, как нам кажется, формирует другое психологическое измерение болезни. Психоанализ поставил у истоков этих конфликтов «метапсихологический» спор на границе мифологии («Наши инстинкты — мифы», — говорил сам Фрейд) — между инстинктом жизни и инстинктом смерти, удовольствием и повторением, Эросом и Танатосом. Но здесь за принцип решения принимаются сами характеристики проблем. Если болезнь выражается в основном в этом переплетении противоречивого поведения, то это не потому, что элементы противоречия накладываются друг на друга, подобно парадоксальной природе бессознательного человека, поскольку именно противоречивый опыт делает человека человеком. Социальные отношения, которые определяются] культурой [в формах конкуренции, эксплуатации], противоборства групп или [классовой борьбы, наделяют человека неизменно противоречивым опытом переживания своего социального окружения.] Система экономических отношений хотя и связывает его с другими, [но лишь в отрицательных связях зависимости]; законы сосуществования, [объединяющие людей сходной судьбы, противопоставляют их в борьбе, которая, как ни парадоксально, есть лишь форма диалектического развертывания этих законов; универсальность экономических и социальных] связей [позволяет признать мир родиной и в глазах всех людей прочесть единый смысл, но этот смысл может быть смыслом враждебности, а эта родина может принять его за чужака. Так же как образом своей собственной истины, человек стал для другого и вероятностью смерти.] Лишь в

[87] Возможно, в этой разнородности и в той границе, которая разделяет эти две формы жизни, укоренен феномен, описанный Фрейдом как фаза латентности и связанный для него с мифическим затуханием либидо.

воображаемом он может рассчитывать [на то, что его примут как брата, что его социальные отношения приобретут стабильность и связность: другой всегда предстает в опыте, который диалектика жизни и смерти отмечает печатью ненадежности и опасности. Эдипов комплекс — узел семейных амбивалентностей — сводится к этому противоречию: эту окрашенную любовью ненависть, связывающую с родителями, ребенок не проявляет как амбивалентность своих инстинктов — он сталкивается с ней уже во взрослом мире, встречая ее как обозначенную позицией родителей, имплицитно обнаруживающих в своем собственном поведении идею того, что жизнь детей есть смерть родителей. Более того: случайно ли то, что Фрейд, размышляя над военными неврозами, удвоил инстинкт жизни, выразив устарелый] европейский оптимизм XVIII века, [инстинктом смерти, впервые вводившим в психологию власть негативного? Фрейд хотел объяснить войну, но это война объясняет поворот фрейдовской мысли. Или, скорее, в эту эпоху] наша культура [прояснила для себя самой опыт своих собственных противоречий: было необходимо отказаться от устаревшей] мечты о [солидарности и признать, что человек может и должен обратить человека в негативный опыт, переживаемый в модусе ненависти и агрессии. Психологи назвали этот опыт амбивалентностью и увидели в нем конфликт инстинктов.] Мифология не подвергает сомнению мертвые мифы.

[Наконец, как нам кажется, болезненные феномены в своей конвергенции указывают на своеобразную структуру патологического мира, и этот мир в феноменологическом исследовании являет парадокс одновременного сосуществования «приватного» мира — idios kosmos, в который больной погружается в произвольном существовании фантазии и бреда, и мира принуждения, на который он обречен в модусе отказа; в этой противоречивой картине — сущность болезни.] Но данные патологические формы лишь вторичны по отношению к реальному противоречию, которое их создает. [Стоящий за ним детерминизм связан не с магической причинностью сознания, очарованного своим миром, но с реальной причинностью мира, который сам не может разрешить порожденные им противоречия. Если проявляющийся в фантазии бреда мир подчиняет своей власти породившее его сознание, то это не потому, что оно само тонет в нем, не потому, что там оно лишается возможностей бытия, но лишь потому, что мир, отчуждая свою свободу, обречен на безумие (folie). Болезное сознание не входит в бредовый мир, связываясь в нем с неким воображаемым принуждением; но, подвергаясь реальному принуждению, погружается в болезненный мир, где, не признавая того, вновь это же реальное принуждение обретает, поскольку именно в нашем желании ускользнуть от него мы уходим от реальности.] Мы много говорим о современном безумии, [связанном с миром машин и с исчезновением непосредственных эмоциональных отношений между людьми. Эта взаимосвязь, несомненно, существует, и не случайно, что болезненный мир в наши дни так же часто обретает вид мира, в котором механистическая рациональность исключает] непрерывную [спонтанность эмоциональной жизни. Но было бы абсурдом утверждать, что] больной человек [машинизирует свой мир, потому что демонстрирует шизофренический мир, в который погружается; в корне неправильно говорить, что он — шизофреник, поскольку для него это единственный способ избежать принуждения в реальном мире.] Действительно, если человек оказывается отчужден от того, что выражается в языке, [если он не может разгадать человеческого и живого значения в продуктах своей собственной деятельности, если экономические и социальные детерминации ограничивают его, лишая родины в этом мире, он живет] в культуре, предполагающей возможность такой патологической формы, как шизофрения. [Чужой для мира реального, он обращается к «приватному миру», который больше не может гарантировать никакой объективности; однако, покорившись принуждению этого реального мира, он переживает универсум, в который сбегает, как свой жребий. Современный мир делает возможной шизофрению не потому, что его техники (techniques) бесчеловечны и абстрактны, но поскольку] наша культура дает миру такую интерпретацию, что человек [больше не может опознать в ней себя. Только реальный конфликт условий существования может] служить структурной моделью парадоксов [шизофренического мира.

В заключении можно отметить, что не прибегая к софизмам, невозможно рассматривать психологические измерения болезни независимо друг от друга. Конечно, мы можем связывать психическое заболевание] с человеческим происхождением, [психологической и индивидуальной историей, формами существования.] Но мы не должны превращать эти различные аспекты болезни в онтологические формы, [если только не желаем прибегать к мифическим объяснениям, подобно эволюции психологических структур, теории инстинктов или экзистенциальной антропологии. На самом же деле, лишь в истории мы можем найти] конкретные *a priori,* исходя из которых психическое заболевание одновременно с чистым раскрытием своей возможности обретает необходимые очертания.

Заключение

Мы умышленно не упомянули о физиологических и анатомо-психологических проблемах, имеющих отношение к психическому заболеванию, так же как и о соответствующих методах его лечения. Дело не том, *что* психопатологический анализ не имеет к ним никакого фактического или непосредственного отношения, — недавнего открытия физиологией диэнцефальных центров и их роли регуляторов эмоциональной жизни; идей, постоянно приносимых развитием психоаналитической стратегии исследования, начиная с первых исследований Брейера и Фрейда, было бы достаточно для того, чтобы доказать обратное. Но ни физиология, ни терапия не могут стать теми абсолютными ориентирами, руководствуясь которыми психологию психического заболевания можно утвердить или упразднить. Еще 140 лет назад Бейль[140] обнаружил специфические признаки общего паралича и в начальных фазах его симптомологии выявил практически постоянно встречающийся бред величия, а все еще не ясно, почему именно такая гипоманиакальная экзальтация сопровождает подобные нарушения. И если успех психоаналитической интервенции основан на одном и том же установлении «истины» невроза, эта истина раскрывается лишь внутри новой психологической драмы, в которую она вовлекается.

Психологические измерения безумия (folie), следовательно, не могут быть ограничены внешними по отношению к ним принципами объяснения или редукции. Они должны рассматриваться в рамках того общего отношения, которое западный человек вот уже два века назад установил к самому себе[141]. Если к этому отношению подходят вплотную, это ведет к появлению психологии, в которую человек привносит немного удивления, немало гордости и значительную часть способности забывать; если от него чуть отдаляются, это выражается в формах знания о *homo psychologicus,* несущем внутреннюю, истонченную, ироничную и позитивную истину любого осознания самого себя и любого возможного знания. Наконец, на еще большем отдалении это отношение оказывается именно тем, которое человек заменил своим отношением к истине, отчуждая фундаментальный постулат о том, что он сам — истина истины. Это отношение, которое философски обосновывает любую возможную психологию, смогло стать определенным лишь с точного момента развития нашей цивилизации: момента, когда великое столкновение Разума и Неразумия перестало разворачиваться в измерении свободы и когда разум перестал быть для человека этикой, став его природой. Тоща безумие (folie) стало природой природы, т. е. процессом, отчуждающим природу и порабощающим ее в своем детерминизме, в то время как свобода также стала природой природы, но в смысле сокрытой души, неотъемлемой сущности природы. И человек, вместо того чтобы устремиться к величайшему уделу Безумия и тому измерению, что оно открывает, останавливается на уровне своего природного бытия, объявляя то одно, то другое — то безумие, то свободу — самостоятельной сущностью, природой природы и истиной истины.

Существует веская причина того, что психология никогда не сможет овладеть безумием. Дело в том, что сама психология стала возможна в нашем мире, когда безумие уже обуздали и лишили драматизма. И если вновь появляются его искры и вопли, как у Нерваля

и Арго, Ницше и Русселя, то именно психология затихает и безмолвствует перед тем языком, что обретает свой смысл в том трагическом разрыве и в той свободе, которые только благодаря существованию «психологов» современный человек и может забыть.

Комментарии

(1) Блондель Шарль (1876–1939) — французский психолог, последователь Э. Дюркгейма и А. Бергсона. Различал в структуре психики индивидуальную (чисто психологическую) и надличностную (социальную) сферы. Индивидуальная может быть представлена совокупностью нормальных или патологических психических связей — именно они, на его взгляд, и запускают развитие психического расстройства (см.: *Blondel S. La conscience morbide. R, 1914)*.

(2) Споры об этиологии общего паралича восходят к концу XIX века. Впервые сифилис как его единственную и исключительную причину обозначил шведский ученый Кьельберг в 1863 г. Позже датчанин Иесперсен представил статистические данные, исходя из которых 77 процентов больных параличом имеют в анамнезе сифилис. В 1894 г. французский сифилидолог Ж.-А. Фурнье предложил новый термин — «прогрессивный паралич» и сформулировал вывод о том, что он представляет собой парасифилис. Но споры о сифилитической этиологии паралича продолжались до на чала XX века.

(3) В более поздней работе «Слова и вещи» Фуко отмечает, что само появление психопатологии связано с отходом на второй план каждого первого члена пар понятий «функция» и «норма», «конфликт» и «правило», «значение» и «система» и акцентированием значения второго. «Этот переворот, — пишет он, — имел два ряда важных последствий: поскольку точка зрения функции преобладала над точкой зрения нормы (поскольку попытки понять функционирование осуществлялись не на основе нормы и создающей ее деятельности), постольку требовалось реально отделить нормальное функционирование от ненормального; таким образом, наряду с нормальной психологией признавалась и психопатология, — как бы в виде ее изнанки (отсюда важность джексоновской схемы интеграции у Рибо или Жане), а также и патология общества (Дюркгейм), патология иррациональных и как бы „болезненных“ верований (Леви-Брюль, Блондель)… Таким образом, гуманитарные науки, производя существенное разделение собственного поля, всякий раз простирались от позитивного полюса до негативного и всегда подразумевали нечто противоположное (начиная с той непрерывности, которую они подвергали анализу)» *(Фуко* М. Слова и вещи. Археология гуманитарных наук / Пер. с фр. В. П. Визгина и Н.С. Автономовой. СПб., 1994. С. 379).

(4) Дюпре Эрнест (1862–1921) — французский невропатолог и психиатр. Занимался исследованиями реактивных психозов, описал «галлюцинации воображения», ввел термин «синестопатии».

(5) Анорексия — отсутствие аппетита, сопровождаемое отказом от еды и развивающимися на этой основе физическим и психическим истощением организма.

(6) Жане Пьер (1859–1947) — французский философ, невропатолог, психиатр. Ввел в психиатрию понятие психического автоматизма, известен исследованиями истерии и других неврозов. Задолго до Фрейда высказал мысль о существовании подсознательных идей, которые высвобождались у больных в гипнотическом трансе.

(7) В конце XIX века полемика о циркулярных, т. е. периодических, психозах, была одним из самых дискутируемых вопросов психиатрии. Обобщая разнообразные суждения и учения о периодических и циркулярных формах психозов, Валентин Маньян (1835–1909) в 1890 г. в докладе на Берлинском международном медицинском съезде предложил понятие периодического психоза и подчеркнул, что в интервале между психотическими приступами больной, по его мнению, является совершенно здоровым (см.: *Magnan V.* Lecons cliniques sur les maladies mentales. 1897).

(8) Вербитерации — постоянное, бессмысленное повторение одних и тех же слов, фраз, предложений.

(9) Балле Жильбер (1853–1916) — французский психиатр, невропатолог, историк медицины, с 1909 г. — председатель Французского общества истории медицины. Автор работ об Э. Сведенборге и Леонардо да Винчи. Продолжил традицию лекций Шарко, сопровождавшихся яркими демонстрациями больных. В 1903 г. опубликовал «Трактат по психиатрии», в течение пятидесяти лет остававшийся классическим трудом в данной области. В 1911 г. впервые описал хронический галлюцинаторный психоз, о котором и говорит Фуко (см.: *Ballet J.* La psychose hallucinatoire chronique et la desagregation de la personnalite // L'Encephale. 1911. № 6. P. 501–508).

(10) Крепелин Эмиль (1856–1926) — немецкий психиатр, чьи исследования на долгое время стали эталоном клинической классификации, диагностики и лечения. Период конца XIX — начала XX века многие исследователи традиционно называют эпохой Крепелина.

(11) Сохранение вызванного положения — один из симптомов кататонии, являющийся следствием восковой гибкости (каталепсии), при которой больной долго сохраняет приданное ему положение тела, несмотря на его неудобство и требующееся для его поддержания мышечное напряжение.

(12) Эхолалия — автоматическое и непроизвольное повторение больным обращенной к нему речи, часто даже с сохранением ее интонации.

(13) Пароксизм — внезапное, острое и кратковременное усиление признаков болезни, которое может, например, наблюдаться при эпилептическом припадке.

(14) Деменция — устойчивое и практически необратимое снижение уровня психической деятельности, проявляющееся преимущественно в интеллектуальных нарушениях и приводящее к необратимым изменениям личности.

(15) Автором самого термина «раннее слабоумие» (dementia precox) был родоначальник концепции дегенерации в психиатрии Огюст Морель. Крепелин использовал этот термин для описания психопатологи ческой единицы, отличной от циркулярного психоза. На XXIX съезде психиатров Юго-Западной Германии в Гельдельберге 27 ноября 1898 г. он сделал доклад «О диагнозе и прогнозе dementia precox», в котором представил свое учение о раннем слабоумии. После введения Блейлером термина «шизофрения» от понятия раннего слабоумия отказались, как и от теории психического заболевания как дегенерации, но противопоставление этой формы циркулярным психозам сохранилось до сих пор.

(16) Блейлер Юрген (1857–1939) — швейцарский психиатр. В 1911 г. ввел термин «шизофрения», который пришел на смену понятию «раннее слабоумие». Среди симптомов шизофрении Блейлер назвал: расщепление (схизис) психики на независимые комплексы, расстройство ассоциаций и аутизм (триада Блейлера). Он тем самым координатным образом пересмотрел принципы симптомологии и синдромологии психиатрии, впервые предложив диагностировать психическое расстройство (шизофрению) по невидимым глазу, невыраженным и стертым признакам (см.: *Блейлер Ю.* Руководство по психиатрии / Пер. с нем. А. С. Розенталь. М., 1993).

(17) Аутизм — понятие, названное Ю. Блейлером одним из основных симптомов шизофрении. Описывается как погружение в свой внутренний мир с одновременной отгороженностью от внешнего мира, сопровождающееся утратой эмоционального контакта с окружающими. «Шизофреники, — отмечал Блейлер, — теряют контакт с действительностью, в легких случаях малозаметно, кое-когда, в тяжелых случаях, целиком… Они живут в воображаемом мире, полном осуществленных желаний и идей преследования» *(Блейлер Ю.* Руководство по психиатрии. С. 314).

(18) Во втором издании — «ботанический вид» *(Foucault. M Maladie mentale et psychologie. P. 7).* Этот «ботанический вид» является эхом пребывания Фуко в Упсале, где он будет писать «Историю безумия», а в свободное время прогуливаться близ дома Карла Линнея, расположенного в 3 км от Упсалы. Трактовка безумия как ботанического вида появляется в «Истории безумия», где он указывает, что в XVIII веке «описанный ботаниками

порядок становится организующим принципом для мира патологии в целом; болезни отныне распределяются в пространстве самого разума и в соответствии с его порядком. Замысел же этого „ботанического сада“, где разместились бы, наряду с различными видами растений, и различные виды патологий, принадлежит мудрому божественному провидению» *(Фуко М.* История безумия в классическую эпоху / Пер. с фр. И. К. Стаф. М, 1997. С. 199). Эту тему он не оставляет и в более поздних лекциях «Психиатрическая власть», где называет психиатрическую больницу XIX века «местом диагностики и классификации, ботанической оранжереей, в которой виды болезней распределены словно в большом огороде…» *(Фуко М.* Психиатрическая власть: Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1973–1974 учебном году / Пер. с фр. А. В. Шес-такова. СПб., 2007. С. 402).

(19) Лериш Рене (1879–1955) — французский хирург и физиолог, с 1937 г. — заведующий кафедрой экспериментальной медицины в Коллеж де Франс. В основе его идей лежало представление о том, что болезнь является не искажением функциональных отношений в организме, но появлением новых. Большую известность во Франции приобрела его книга «Философия хирургии», на которую Фуко ссылается далее, а также более поздняя работа «Основы физиологической хирургии» (см.: *Лерши Р.* Основы физиологической хирургии / Пер. с фр. Б. М. Никифорова; под ред. В. Н. Шамова. Л., 1961).

(20) Селье Ганс (1907–1982) — канадский биолог и врач, автор физиологической теории стресса. На основании проведенных исследований пришел к выводу, что стресс представляет собой неспецифическую физиологическую реакцию организма на воздействие окружающей среды. По его мнению, даже в состоянии полного расслабления человек испытывает стресс, а свобода от стресса означает смерть. Для обозначения деструктивного воздействия и соответствующей реакции организма Селье ввел термин «дистресс» (см.: *Селье Г.* Стресс без дистресса / Пер. с англ. А. Н. Лука, И. С. Хорола. М, 1982).

(21) Обсессивный невроз характеризуется преобладанием навязчивых состояний — многократного возникновения в сознании определенных содержаний, сопровождающихся ощущением насильственности и невозможностью избавиться от них.

(22) Фобический невроз — связан с возникновением немотивированной острой и внезапной тревоги и страха.

(23) Гольдштейн Курт (1878–1965) — немецкий невролог и психиатр, пионер современной нейропсихологии.

(24) Афазия — системное нарушение речи, возникающее как следствие локальных поражений коры головного мозга.

(25) Эти идеи Фуко, несомненно, возникли под влиянием исследований Мерло-Понти. В работе «Феноменология восприятия» Мерло-Понти на основании анализа работ Гольдштейна предлагает собственную авторскую трактовку явлений афазии. Он говорит, что при афазии страдает не автоматический язык и не запас слов, но интенциональный язык, т. е. способ употребления слов. Речь при этом теряет жестуальное, или экзистенциальное значение, поскольку как таковая представляет собой не выражение мышления, а принятие субъектом позиции в мире его значений (см.: *Мерло-Понти М.* Феноменология восприятия / Пер. с фр. под ред. И. С. Вдовиной, С. Л. Фокина. СПб., 1999).

(26) Кречмер Эрнст (1888–1964) — немецкий невролог, психиатр, один из виднейших представителей характерологии в психиатрии. В своей работе «Структура тела и характер», вышедшей в 1921 г., он выделил два типа телесной конституции: пикнический (соответствующий шизофрении) и лептосомный (соответствующий мании). Одновременно Кречмер допускал существование различных степеней психотизации: от нормальной личности через промежуточные формы к явному психозу (см.: *Кречмер* Э. Строение тела и характер / Пер. с нем. Г. Я. Тартаковского. М, 2000).

(27) У истоков проекта Закона о психически больных 1838 года стоял французский психиатр, ученик Пинеля Ж.-Э.-Д. Эскироль. Этот закон впервые в мире установил необходимость медицинского освидетельствования как обязательной процедуры, без которой больной не может быть заключен в психиатрическую больницу, и медицинского

документа об этом освидетельствовании. Позднее аналогичные законы были приняты в Англии (1945 г.) и в Шотландии (1857 г.). тот закон фактически стал закономерным завершением начатых Пинелем реформ и окончательным закреплением позиций зародившейся в это время клинической психиатрии.

(28) Бабинский Жозеф Франсуа Феликс (1857–1932) — французский невролог и психиатр, ученик Ж.-М. Шарко, представитель нансийской школы психопатологии. По мнению Бабинского, истерия является патологическим состоянием, возникающим вследствие внушения, и не зависит от эмоциональных переживаний. Предложил заменить термин «истерия» понятием «пифиатизм» и считал, что это заболевание вызвано внушением, а снять внушение и избавить больного от истерии можно лишь с помощью переубеждения больного. В «Истории безумия» Бабинский упоминается лишь мельком (см.: *Фуко М.* История безумия в классическую эпоху. С, 498), ключевой фигурой он становится для позднего Фуко. В лекциях «Психиатрическая власть» 1974–1975 гг. Бабинский, называется антагонистом Шарко и представляется «критическим героем» асептической, или асимптоматической, формы депсихиатризации психиатрии, связанной с пастеризацией психиатрической лечебницы. В кратком содержании курса Фуко пишет: «Не следует, — говорилось, — стремиться к театральному производству истины болезни, но нужно привести болезнь к ее строгой реальности, во многих, случаях, возможно, сводящейся к способности поддаваться театрализации — к пифиатизму» *(Фуко М. Психиатрическая власть. С. 405).*

(29) Имеются в виду вопросы о специфике психического заболевания и его условиях.

(30) Здесь мы видим влияние Ж. Кангийема с его двумя планами медицинского понимания болезни: как борьбы организма с внешним по отношении к нему и как внутренним для организма противостоянии сил.

(31) Обнубиляция (лат. *obnubilatio* — закрывать облаками, затуманивать) — легкая степень помрачения сознания.

(32) Фуко здесь имеет в виду широко известные в психиатрии позитивные и негативные психопатологические симптомы. Позитивные (продуктивные) симптомы (плюс-симптомы) — появление психопатологической продукции в виде бреда, галлюцинаций и др.; негативные симптомы (симптомы выпадения) отражают обеднение и упрощение психических процессов (нарушения памяти, внимания, эмоциональное уплощение, утрата интересов и т. д.).

(33) Нозография — описание болезни. Нозографическая единица — единица болезни, ее конкретная форма.

(34) Джексон Джон Хьюлингс (1835–1911) — английский невролог и невропатолог, автор теории иерархи ческой организации нервной системы.

(35) Джексон был приглашен читать эти лекции в 1884 г. Именно в них он в обобщенном виде представил свои идеи *(JacksonH.* The Croonian lectures on evolution and dissolution of the nervous system // British medical journal. 1884. Vol. 1). Сами «Крунианские лекции» были организованы в 1738 г. в Королевском Врачебном Колледже и Королевском обществе на средства, завещанные Вильямом Круном.

(36) Фрустрация — состояние переживания неудачи, возникающее в ответ на появление реальных или мнимых препятствий на пути к намеченной цели.

(37) Спитц Рене Арпад (1887–1974) — австро-американский психиатр, психоаналитик. Исследовал психологическое развитие детей. Установил, что раннее раз лучение ребенка с матерью или отсутствие контактов с другими людьми приводит к появлению негативных физиологических реакций.

(38) Ге Жермена (1904–1984) — швейцарский психоаналитик и психолог, член Швейцарского психоаналитического общества. Занималась исследованиями эмоционального развития и предполагала, что психоанализ может способствовать установлению новых эмоциональных отношений, основанных на взаимном доверии и стабильности.

(39) Сешехэ Маргерит (1887–1964) — швейцарский психолог, представитель первой волны Женевского психоанализа. Занимаясь исследованиями больных, страдающих

шизофренией, разработала метод «символической реализации» (см.: *Sechehaye* M Autobiography of a schizophrenic girl. N. Y, 1951).

(40) Гебефренический ступор — состояние оцепенения и обездвиженности с полным прекращением речевой активности и отсутствием реакций на внешние раздражители. Гебефрения — расстройство, развивающееся преимущественно в молодом возрасте и характеризую щееся появлением детскости, дурашливости, неадекватным и нелепым поведением.

(41) Эти идеи Жане изложил в работах «Психологические методы лечения» (1919) и «Психическая сила и слабость» (1930). Психологическая энергия, на его взгляд, характеризуется двумя параметрами: силой (количеством элементарной психической энергии) и напряжением (способностью индивида использовать свою психическую энергию). Колебание равновесия этих двух параметров и лежит в основе патологических механизмов неврозов.

(42) План виртуального (возможного) поведения является одним из важнейших векторов существования человека у Мерло-Понти. Именно этот план, по его мнению, и изменяется при патологических трансформациях (см.: *Мерло-Понти М.* Феноменология восприятия. С. 190–204).

(43) Британский психиатр Рональд Лэйнг (Лэнг), идеи которого часто сравнивали с идеями Фуко, предложил совершенно противоположный вариант трансформации этой сартрианской схемы в психопатологии. В своей работе «Расколотое Я» он вводит понятие «онтологической ненадежности» и отмечает, что человек, переживающий это состояние, ощущает нереальность, не связность, несогласованность и раздробленность мира, утрату индивидуальности и временной непрерывности. Внимание и взгляд других формирует фундамент существования онтологически неуверенного индивида, для него — *esse est percipi* (см.: *Лэнг Р. Д.* Расколотое «Я». СПб, 1995. С. 112–113).

(44) Миоклонии — кратковременные и непроизвольные сокращения одной или нескольких мышц, возникающие в покое и движении, но исчезающие во сне.

(45) Имеется в виду то экзистенциальное «удивление» здорового сознания присутствием и возможностью «другого» сознания, которое в феноменологической психиатрии и экзистенциальном анализе являлось отправной точкой для философского исследования.

(46) Монаков Константин, фон (1853–1930) — швейцарский невролог, нейроанатом. Критикуя теорию локализации высших психических функций, предложил собственное понимание закономерностей распада при органических поражениях, согласно которому каждое органическое поражение приводит к образованию зоны функционально-динамических изменений. Поражение участков, не связанных с высшими психическими функциями, может приводить к нарушению последних; в свою очередь, непосредственное поражение зон локализации высших психических функций ведет к тому, что их функции берут на себя другие участки мозга. В поздних работах пришел к выводу о независимости высших психических функций от органического субстрата головного мозга.

(47) Гемиплегия — односторонний паралич конечностей, сопровождающийся утратой способности к произвольным движениям. Может возникать при истерии.

(48) Анализируя патологическое, детское и примитивное поведение, Мерло-Понти высказывает эту мысль так: «Не может быть и речи о том, чтобы приписать нормальному человеку то, чего недостает больному и что последний стремиться обрести. Болезнь, подобно детству и „примитивному“ состоянию, есть особая форма полноценного существования, и приемы, которые она использует, чтобы заменить утраченные нормальные функции — это тоже патологические феномены» *(Мерло-Понти М.* Феноменология восприятия. С. 148–149).

(49) Стереотипии — непроизвольное, многократное повторение бессмысленных движений, слов, оборотов, фраз и др. Возникают как следствие инертности психической сферы.

(50) В данной работе Фуко представляет болезнь как ядро индивидуальной истории человека. В «Истории безумия» он также обратится к истории. «Безумие же обретает в XIX в. абсолютно иной смысл: по природе своей и по всему, в чем оно противоположно природе, оно вплотную приблизится к истории», — напишет он *(Фуко М.* История безумия в классическую эпоху. С. 375). Но история станет для него уже не индивидуальной, а социальной, хотя безумие в ней по-прежнему останется одной из центральных тем.

(51) Импульсивность в психиатрии — болезненная форма поведения, связанная с непреодолимыми насильственными, автоматизированными и бесконтрольными влечениями и побуждениями

(52) Валлон Анри (1879–1962) — французский психолог и педагог. На основании материалистической философии и клинических данных разработал схему эмоционального и познавательного развития личности ребенка. Исследования Валлона по детскому развитию использовал Жак Лакан при формулировании идеи о стадии зеркала.

(53) Келер Эльза (1879–1940) — австрийский педагог-реформатор, психолог. Известна своими работами по психологии и педагогике, исследованиями речевого развития детей. Под руководством Карла Бюлера в Вене защитила кандидатскую диссертацию, посвященную особенностям личности трехлетних детей (см.: *Kohler E.* Die Personlichkeit des dreijahrigen Kindes (Annchen). Leipzig, 1926). Случай из этой работы и приводит Валлон в своей книге.

(54) Валлон отмечает, что возникновение ревности сопровождается у ребенка борьбой активной враждебности и переживания, причем, последнее всегда побеждает. Ревнивец замыкается в установке созерцателя и вызывает в своем воображении обидные образы. Валлон пишет: «Его собственное существование опустошено, разрушено успехами другого; он не может отделиться от его образа; он смешивает его со своей собственной сущностью; он чувствует себя как бы лишенным важной части себя самого. Это упорное смешение себя и другого, которое не уничтожается и не замещается враждебностью» (см.: *Валлон А* Истоки характера у детей (Часть III. Самосознание) / Пер. с фр. М. Р. Гинзбурга // Вопросы психологии. 1990. № 5. С. 129–140).

(55) Эксплозивность (взрывчатость) в психиатрии — недержание аффекта, импульсивность. Может совмещаться на фоне инертности и тугоподвижности.

(56) В русском переводе — «борьба *Я* с самим собой».

(57) Анестезия — утрата чувствительности.

(58) Нервный паралич — паралич, вызываемый или излечиваемый внушением.

(59) Итерация патологическая — эпизодическое повторение воспоминаний, действий, фраз.

(60) Фрейд приводит этот случай в семнадцатой лекции под названием «Смысл симптомов»: девятнадцатилетняя девушка, единственный ребенок в семье, в течение последних лет «без видимых внешних причин превратилась в нервнобольную». Она стала раздражительной, удрученной, склонной к нерешительности и сомнениям. У девушки также развился особенный церемониал отхода ко сну, который и упоминает Фуко: она останавливает или выносит из комнаты все часы. В качестве мотива такого поведения сама она называет устранение всех источников шума и обеспечение покоя для лучшего сна. Проведя долгий анализ, Фрейд устанавливает, что его пациентка удаляла часы как символ женских гениталий: тиканье часов он сравнивает с периодичностью физиологических процессов у женщины и пульсацией клитора во время возбуждения, а страх перед часами со страхом перед уже возникавшим у нее ночью возбуждением *(Фрейд З.* Введение в психоанализ: Лекции/Пер. с нем. Г. В. Барышниковой. М., 1989. С 168–169).

(61) *Natur wissen schaften* (нем.) — естественные науки.

(62) В настоящее время термином «феноменологическая психология» иногда обозначают круг мюнхенской феноменологии. В этой работе Фуко употребляет его синонимично другому термину — «феноменологическая психиатрия».

(63) Здесь Фуко поднимает два весьма актуальных в свое время вопроса: 1) о непонимании как критерии патологичности и 2) о границах и возможностях понимания в

психиатрии. Первый вопрос был одним из отправных в теоретических построениях Э. Штрауса и В. Э. фон Гебзаттеля, второй — центральным для К. Ясперса.

(64) В работе «Сгриндберг и Ван Гог», описывая самое начало шизофрении, Ясперс пишет: «Само проживание жизни становится более страстным, безоглядным, аффектированным, безудержным и естественным, но в то же время и более непредсказуемым, демоническим. Словно какой-то метеор появляется в этом мире с зауженным человеческим горизонтом…» *(Ясперс К. Стриндберг и Ван Гог / Пер. с нем. Г. Ноткина. СПб.,* 1999. С. 152).

(65) В 1937 г. в своей статье «К вопросу о деперсонализации» психиатр В. Э. фон Гебзатгель писал: «При попытках предотвратить болезнь она вновь появляется и раскрывается. Или: реакция на болезнь является частью болезни» *(GebsattelV. К, von.* Zur Frage der Depersonalisation (Ein Beitrag zur Theorie der Melan cholic) // Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. B., 1954. S. 39).

(66) Здесь понятие «органический процесс» употребляется Фуко в значении объективного заболевания, возникшего вследствие нарушений функционирования центральной нервной системы.

(67) Паралич — поражение двигательной функции в виде полного отсутствия произвольных движений, возникающее вследствие нарушения иннервации мышц. В случае истерии параличи носят психогенный характер и не обнаруживают объективных признаков поражения центральной и периферической нервной системы.

(68) Психогенная анестезия — утрата чувствительности, не связанная с патологией нервной системы.

(69) Психосоматические симптомы — симптомы, возникающие вследствие расстройства функций органов и систем под воздействием психогенно-травмирующих факторов.

(70) Ипохондрия — тревожная мнительность, постоянное и необоснованное беспокойство по поводу мнимого заболевания. Встречается при различных психических заболеваниях.

(71) В своем исследовании великих шизофреников Ясперс говорит, что примечательным фактом шизофренического процесса является то, что в самом его начале человеку словно открываются «метафизические глубины», вскоре оборачивающиеся полным крахом существования.

(72) Исследуя феномен пространства-качества, Минковски приходит к выводу о том, что в патологических, в частности галлюцинаторных, состояниях происходит изменение отношений между четким пространством нормальности и недифференцированным пространством патологии. Эти два пространственных мира накладываются друг на друга, что и приводит к сосуществованию в жизни больного двух различных миров — мира галлюцинаторной патологической реальности и мира нормального сосуществования с окружающими *(Minkowski E.* Le temps vecu. P., 1933. P. 392–398).

(73) Одновременно с настоящей работой, как мы помним, Фуко писал «Введение» к статье «Сон и существование» швейцарского психиатра, основателя Dasein-анализа Людвига Бинсвангера (см. подробнее с. 9–10, 37–45 наст. изд.).

(74) Помрачение сознания — расстройство восприятия окружающей действительности, сопровождающееся дезориентацией в окружающем мире, пространстве и времени, нарушениями мышления и амнезией после выхода из данного состояния. Объединяет синдромы расстройства сознания (сумеречное состояние, делирий, онейроид) и выключения сознания (кома, сопор, оглушение). Та или иная степень расстройства сознания часто сопровождает психические заболевания.

(75) Возможно, отсылка к феноменологической психиатрии Минковски, которую сам он обозначает как «феноменологически-структурный анализ». В его работах термины «структура», «структурный» являются одним из центральных связующих звеньев между онтологическим порядком мира и антропологическим порядком существования конкретного

человека. Поэтому Лакан называл Минковски человеком, который ввел понятие «структура» во французскую психиатрию *(Lacan J.* Sous le titre Psychologie et esthetique (l'ouvrage de E. Minkowski, Le temps vecu. Etudes phenomenologiques et psychopathologiques, Paris, Coll. de l'Evolution psychiatrique) // Recherches philosophiques. 1935. № 4. P. 424–431). По мнению Лакана, структура проявляется в той формальной связанности, которая выступает в различных формах болезненного сознания, объединяющего сознание «я», предмет и личность. Эта трактовка структуры вполне согласуется с той, что Фуко представляет в настоящей работе.

(76) Термин «проживаемое время» (temps vecu) Фуко заимствует у Э. Минковски. В основе такой концепции времени лежит представление о времени-длительности, времени-качестве, предложенное А. Бергсоном. Поскольку Минковски отталкивается от отмеченного Бергсоном различия между измеряемым временем и длительностью, закономерно, что под проживаемым временем он понимает не то время, которое можно измерить, но динамизм, связанный с длительностью и стабильностью. Примером проживаемого времени он называет воспоминание с сопровождающим его оживлением прошлого, а также обращенные к будущему желание и надежду. В одноименной работе «Прожитое время» Минковски подчеркивает, что трансформации проживаемого времени образуют ядро патологических изменений в психическом заболевании.

(77) «О скачке идей» — первая большая работа Бинсвангера по психопатологии, написанная под влиянием идей М. Хайдеггера и вышедшая в виде цикла статей в 1931-32 гг. в журнале «Швейцарский архив неврологии и психиатрии». В этой работе Бинсвангер разбирает три клинических случая, во всех из которых имеет место скачка идей *(BinswangerL.* Uber Ideenflucht // Schweizer Archiv Шг Neurologie und Psychiatry. 1932–1933. № 27. S. 203–217; № 28. S. 18–72,183–202;№ 29. S. 1-38; 193–252; № 30. S. 68–85). Скачка идей (лат. *fugaidearum)* — резкое ускорение темпа мыслительной деятельности, ее логического строя и последовательности, сопровождающееся возникновением непоследовательных, поверхностных ассоциаций. Встречается в основном в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза.

(78) Эта трактовка мании, безусловно, отмечена влиянием идей Минковски. В своей работе «Прожитое время» тот представляет манию как следствие нарушения развертывания существования во времени: маниакальный больной живет лишь в короткое мгновение, поскольку настоящее перестает для него существовать.

(79) Дистанция является центральным феноменом в исследовании патологических трансформаций у Э. Минковски. Рассматривая его в противоположность физическому расстоянию как интервалу между двумя точка ми измеримого пространства, в работе «Проживаемое время» Минковски вводит понятие проживаемого расстояния (distance vecue), или расстояния-качества. Прожитое расстояние — это расстояние, которое соединяет человека с жизнью и отделяет его от нее, т. е. то, что обеспечивает соприкосновение и независимость. Это свободное пространство, в котором беспрепятственно разворачиваются деятельность и жизнь человека. Имен но это расстояние-качество и имеет в виду Фуко.

(80) Несмотря на то что в данной работе Фуко нигде не ссылается на работы психиатра Эрвина Штрауса, высказанная мысль отмечена определенным сходством с идеями последнего. По Штраусу, одной из черт шизофрении является трансформация пространственности, приводящая к отрыву голосов, которые слышат больные, от говорящего. Голоса становятся вездесущими, они атакуют больного со всех сторон, избегая лишь встречи «лоб в лоб». Утратив соотнесенность с пространством, голоса игнорируют не только его границы, но и его барьеры (см.: *Straus E. W.* Phenomenological Psychology: The Selected Papers. N. Y., 1966).

(81) Степень освещенности имеет важнейшее значение в исследованиях пространства у Минковски. Располагаясь в светлом пространстве, человек видит и ощущает вещи, свободно функционирует и общается с другими. Материальность светлого пространства отступает на второй план и стирается перед материальностью функционирующих в нем вещей. Именно на

основании светлого пространства выстраивается пространство социальное. В противоположность этому темнота оказывается более материальной, чем ясное пространство и не является лишь отсутствием света, но содержит в себе позитивные характеристики. Поэтому темное пространство непосредственно взаимодействует с человеком: оно сжимает и пронизывает его. Возникает чувство таинственности, ощущение всепоглощающей темной силы. Разница между светлым и темным как раз и является для Минковски решающей в возникновении патологического галлюцинаторного мира *(Minkowski E.* Le temps vecu. P. 392–398).

(82) Кун Роланд (1912–2005) — швейцарский психиатр, ученик и последователь Людвига Бинсвангера, заместитель директора психиатрической клиники в Мюнстерлингене.

(83) *Zuhandenen* (нем.) — «подручности».

(84) *Vorhandenen* (нем.) — «наличного».

(85) *Umwelt* (нем.) — в Dasein-анализе предметный, биологический, природный мир, окружающий человека.

(86) *Mitwelt* (нем.) — в Dasein-анализе мир взаимоотношений с другими людьми, в котором основным является понятие «отношение».

(87) В данном пассаже налицо очевидное сходство с идеями Жака Лакана, который различает «Другого» (Autre) и «другого» (autre). Это разделение появляется у Лакана в семинарах 1954-55 гг. Здесь он говорит, что различие между «маленьким» и «большим» «другим» заключается в том, что «от Других, истинных Других, субъекта отделяет стена языка» *(Лакан Ж.* Семинары. Кн. 2. «Я» в теории Фрейда и технике психоанализа (1954/55) / Пер. с фр. А. Черноглазова. М., 1999. С. 350). Именно на этом различии, по мнению Лакана, и основывается диалектика бреда. Однако его трактовка «большого» Другого здесь еще достаточно противоречива.

В более поздней работе «Психоз и Другой» он напишет, что «Другой» — это абсолютный Другой, утрированный, Другой бредовый. «Абсолютный — значит признанный, но не познанный» *(Лакан Ж.* Психоз и Другой / Пер. с фр. А. К. Черноглазова // Метафизические исследования. Вып. 14. Статус иного. СПб., 2000. С. 211), этот большой Другой относится к Символическому, маленький другой — это продукт Воображаемого. Лакан указывает: «Различие между Другим с большой буквы (А), то есть другого поскольку он не познан, от другого с маленькой буквы, который совпадает с моим „собственным я“ (moi), источником всякого знания, является фундаментальным» (Там же. С. 214).

Не следует забывать, что настоящая книга вышла в 1954 г., упоминаний же о «большом Другом», датированных ранее 1954 г., в семинарах, статьях и опубликованных тогда выступлениях Лакана нам найти не удалось. Известно, что Фуко в начале пятидесятых иногда ходил на семинары в госпитале Св. Анны, хотя впоследствии признавался, что был знаком с идеями Лакана лишь поверхностно. Здесь же, в Св. Анне, лабораторией электроэнцефалографии руководил муж Жаклин Вер-до — Жорж, как мы помним, писавший диссертацию у Лакана. И наконец, Жан Ипполит, оказавший на Фуко огромное влияние, в то время был активным участником семинаров Лакана Возможно, от кого-то из них Фуко и услышал о «большом Другом». В любом случае, на наш взгляд, это «псевдопризнание» и связь Другого с бредовыми состояниями четко указывает на почерк Лакана.

(88) Проприоцепция — мышечно-суставная чувствительность, на основании которой выстраивается опыт телесных ощущений и осознание собственного тела.

(89) *Eigenwelt* (нем.) — в Dasein-анализе мир самосознания, самоотношения, базис взаимоотношений с реальным миром.

(90) Случай Эллен Вест является не только самым известным клиническим случаем Людвига Бинсвангера, но и одним из самых знаменитых и противоречивых случаев в психиатрии начала XX века. Эту пациентку до Бинсвангера консультировали Э. Крепелин и Ю. Блейлер. В частном санатории Бинсвангера Бельвью в Кройцлингере она принимает смертельную дозу яда (подробнее об этом случае см.: *Бинсвангер Л.* Случай Эллен Вест. Антропологически-клиническое исследование / Пер. с англ. М. Занадворова, Ю.

Овчинниковой // Экзистенциальная психология. Экзистенция. М, 2001. С. 361–511).

(91) Рудольф К., молодой человек двадцати одного года, помощник мясника, совершил преднамеренное убийство проститутки. Мысль об убийстве пришла ему в голову ровно за день до преступления, когда после бессонной ночи он, не контролируя себя, вышел из дома и бродил по улицам в состоянии сексуального возбуждения. В результате опроса родственников Рудольфа выяснилось, что в возрасти шести лет он пережил смерть матери, которая до этого долго болела. Во время ее болезни в течение пяти месяцев Рудольф спал вместе с ней в ее постели. После смерти тело матери перенесли в другую комнату, но Рудольфа оставили одного спать в той комнате, где она умерла. Вот как Кун описывает дальнейшие события: «Утром он проснулся и стал искать мать в измятой грязной постели. Ее одели и сказали, что мама умерла. От переноса тела на полу остались пятна крови. Очевидно, по этим следам Рудольф нашел комнату, куда перенесли мать. Он подвинул к кровати стул, влез на него и перебрался к матери. Он дотронулся до ее лица и спросил: „Мама, ты ведь не умерла? Мори говорит, что ты умерла. Ты ведь спишь, правда?“ Одна из старших сестер нашла мальчика и увела его. Он не плакал и не проявлял признаков страха. (Кажется, эта сцена повторилась и на следующий день.)» *(Кун Р.* Покушение на убийство проститутки // Экзистенциальная психология. Экзистенция. С. 523).

(92) В настоящей работе Фуко не касается идеи феноменологической психиатрии и экзистенциального анализа о свойственной самой патологии норме. В «Словах и вещах» он впоследствии напишет, что «когда анализ начал осуществляться с точки зрения нормы, правила и системы, когда каждый ансамбль приобрел свою собственную связность и значимость, стало уже не возможно говорить о „патологическом сознании“ даже по поводу больных, о „примитивных умственных способностях“ даже по поводу забытых» *(Фуко М.* Слова и вещи. С. 379).

(93) *Verweltlichung* (нем.) — омирение, падение в мир.

(94) Бугру Этьен Эмиль Мари (1845–1921) — французский философ, историк философии, последователь спиритуализма. В работах «Новые исследования по истории философии», «Исследования по истории немецкой философии» и др. предложил авторский подход к осмыслению историко-философского процесса.

(95) Здесь Фуко имеет в виду случай Мадлен, о котором писал не только Жане, но и католические теологи. Эта пациентка страдала галлюцинациями мистического характера, считала, что отмечена печатью божественного откровения и способна летать. Во время пребывания в Сальпетриере время от времени на тыльной стороне рук, ногах и левой стороне грудной клетки у нее возникали кровоточащие раны-стигматы.

(96) См.: *Дюркгейм Э.* Метод социологии // Дюркгейм Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение / Пер. с фр. А. Б. Гофмана. М., 1995.

(97) В 1934 г. в статье «Антропология и анормальное» Рут Бенедикт отмечает, что критерием нормальности является соответствие взглядам социальной среды, в которую погружен индивид (см.: *Benedict R.* Anthropology and abnormal // Journal of General Psychology. 1934. Vol. 10. P. 59–80).

(98) Лоуи Роберт Генрих (1883–1957) — американский антрополог, этнограф, редактор журнала «Американская антропология», представитель антиэволюционной исторической школы в этнографии. Исследовал социальную организацию, обычаи и религиозные верования раз личных индейских племен (см.: *Lowie R.* Primitive society. N. Y, 1920; *Lowie R* Primitive religion. N. Y, 1924; *Lowie R.* Social organization. L., 1950).

(99) Бердачес — у индейцев мальчики, воспитывающиеся как девочки, усваивающие культурные и символические атрибуты женщин и некоторые культурные и социальные признаки мужчин. Феномен бердачес зафиксирован у племен Северной Америки, чукчей, алеутов, в африканском племени баконго и др. Такой андрогинизм выступает отражением целостности человека, его мистической и духовной одаренности, поэтому бердачес часто становятся шаманами.

(100) Каллауэй Генри (1817–1890) — английский врач, член «Общества друзей»

(квакеров), миссионер и епископ Англиканской церкви в Южной Африке. Именно там с 1858 г. он начал свои исследования религиозных верований и обычаев зулусов (см.: *Callaway K.* Nursery Tales, Traditions and Histories of the Zulus. L., 1868).

(101) *nostris corporibus illabuntur* (лат.) — «овладевают нашими телами».

(102) Сурин Жан-Жозеф (1600–1665) — религиозный деятель, представитель ордена иезуитов, один из самых знаменитых экзорцистов своего времени.

(103) В «Истории безумия» Фуко закрепляет заслугу определения безумия как заблуждения ума за Декартом. «Декарт, — пишет он, — следуя путем сомнения, обнаруживает, что безумие сродни сновидению и заблуждению ума во всех его формах. Нет ли в возможности оказаться безумным опасности лишиться собственного тела — подобно тому как окружающий мир может исчезнуть в заблуждении ума, а сознание — забыться сном?» *(Фуко М.* История безумия в классическую эпоху С. 63). Впоследствии Фуко сохраняет такую трактовку статуса безумия. В кратком содержании курса «Психиатрическая болезнь и власть» он пишет: «…до XVIII века безумие не подвергалось систематической госпитализации; оно рассматривалось преимущественно как разновидность заблуждения или иллюзии» *(Фуко М.* Психиатрическая власть. С. 400).

(104) Бисетр — госпиталь и приют вблизи Парижа. При Людовике XIII в здании старинного рыцарского замка был организован приют для раненых офицеров и солдат. Впоследствии, в 1656 г., Бисетр вошел в состав Общего госпиталя.

(105) Этот эпизод, как мы помним, во всех подробностях описан в «Истории безумия» *(Фуко М.* История безумия в классическую эпоху. С. 459–462).

(106) Кабанис Пьер Жан (1757–1808) — французский психиатр, виднейший деятель эпохи Просвещения. В своей работе «Об общественной помощи» он подробно разбирает технику госпитализации и подчеркивает необходимость смягчения режима больниц. Там же он как раз и указывает, что психиатрия может принести большую пользу учению о человеке, исследованию нормальных механизмов психической деятельности. В настоящей работе Фуко Кабанис еще не играет той роли, что в «Истории безумия» или «Рождении клиники», где он предстанет как центральная фигурав процессе становления больничной системы изоляции XVIII в. (см.: *Фуко М.* История безумия в классическую эпоху. С. 430–441; *Фуко М.* Рождение клиники / Пер. с фр. А. Ш. Тхостова. М., 1998. С. 76–78,127–134).

(107) Эскироль Жан-Этьен-Доминик (1772–1840) — французский психиатр, ученик Пинеля. В 1818 г. Эскироль посещает провинциальные города и знакомится с условиями содержания душевнобольных, после чего в сентябре представляет министерству доклад о своей поездке. В результате созывается специальная комиссия, выделяются средства на сооружение специализированных больниц и вызволение душевнобольных из тюрем и приютов. Более подробно Фуко останавливается на заслугах Эскироля в «Истории безумия»: «„Они не постыдились сажать сумасшедших в тюрьму!“ Эскироль упоминает форт А в Бордо, смирительные дома в Тулузе и в Ренне, „Бисетры“, до сих пор существующие в Пуатье, в Кане, в Амьене, „Крепость“ в Анжере; „короче говоря, мало найдется тюрем, где бы нельзя было встретить буйных сумасшедших; эти несчастные закованы в цепи и содержатся в камерах наряду с преступниками. Какое чудовищное соседство! С мирными сумасшедшими обращаются хуже, чем со злодеями!“» *(Фуко М.* История безумия в классическую эпоху. С. 391). Итогом деятельности Эскироля стал «Закон о душевнобольных» от 30 июня 1838 г.

(108) Здесь и в следующем по тексту случае употребления термина *alieene,* это слово несет двойную коннотацию — «безумный» и «отчужденый».

(109) Случай маркиза д'Эспар мы встречаем и в «Истории безумия», где Фуко говорит о новом типе социальной чувствительности, в центре которого стоит семья, а все, что противоречит установленному в ней порядку и ее интересам, начинает исключаться как неразумие. «…в один прекрасный день, — пишет Фуко, — маркиза д'Эспар потребует, чтобы ее мужа признали недееспособным — на основании одного только подозрения, что он вступил в связь, противоречащую имущественным интересам семьи; с точки зрения

правосудия это явный признак умопомешательства. Разврат, мотовство, скандальная связь, позорный брак — все это самые распространенные мотивы изоляции. Ее репрессивная власть, не вполне совпадающая ни с правосудием, ни с авторитетом религии» *(Фуко М.* История безумия в классическую эпоху. С. 105–106).

(110) Песталоцци Иоганн Генрих (1746–1827) — швейцарский педагог, общественный деятель, основоположник дидактики начального обучения. Основываясь на идее природосообразности воспитания, настаивал на том, что оно должно осуществляться путем последовательного обучения — сначала в семье, а затем в школе. Разработал методики начального обучения детей.

(111) Реципрокный (от лат. *reciprocus)* — возвращающийся, обратный, взаимный.

(112) Истерический раптус — приступы острого возбуждения, главным образом психомоторного, протекающие при одновременной суженности сознания, при которых больной может метаться, причитать и т. д.

(113) Разенков Иван Павлович (1888–1954) — советский физиолог, ученик И. П. Павлова, академик АМН СССР. С 1948 по 1950 гг. — вице-президент АМН СССР. Развивал учение Павлова, занимался изучением физиологии высшей нервной деятельности, физиологии и патологии пищеварения.

(114) Контаминация — соединение частей нескольких слов в одно, приводящее к образованию неологизмов.

(115) В этом разделе Фуко обозначает работы и события, ставшие, по его мнению, ключевыми для развития психиатрии последних двух столетий.

(116) Бейарже Жюль Габриэль Франсуа (1809–1890) — французский невропатолог и психиатр, ученик Эскироля, основатель Медико-психологического общества и один из учредителей журнала «Annales medico-psychologiques du systeme nerveux». Журнал «Медико-психологические анналы» издается до сих пор и является старейшим журналом по психиатрии.

(117) Мониц Эгаш (1874–1955) — португальский невролог и психиатр, ученик Ж. Бабинского. Предположил, что психические расстройства могут возникать из-за наличия в головном мозге патологически устойчивых межнейронных связей. По его настоянию нейрохирург А. Лима провел операцию по рассечению белых волокон, связывающих лобные доли с центральными структурами головного мозга, названную им лейкотомией. Результаты этой операции Мониц представил 5 марта 1936 г. на заседании Парижского общества неврологии, а также в своей работе «Попытки операций в лечении некоторых психозов». За это научное открытие в 1949 г. ему была присуждена Нобелевская премия по медицине. После Второй мировой войны метод лоботомии (автор термина — Уолтер Джей Фримен) начали повсеместно использовать в Европе и Америке.

(118) Черлетти Уго (1877–1963) — итальянский психиатр, родоначальник метода электросудорожной терапии. В 1930-х гг. начал экспериментальное исследование электрошока на животных. В 1938 г. в Римской Академии медицины изложил свои идеи в докладе «Новый метод шоковой терапии. Электрошок», где сообщил о результатах лечения этим методом первого больного.

(119) Вейер Йоган (1515–1588) — голландский врач, оккультист; в 1550–1575 гг. — придворный врач герцога Клевского. Являлся активным противником «охоты на ведьм», настаивал на том, что преследуемые женщины есть лишь жертвы дьявола, поэтому невиновны и не заслуживают наказания.

(120) Пляска смерти как синтетический жанр возникает в европейской культуре в середине XIV в. в Германии и объединяет в большинстве случаев иконографический сюжет пляски скелетов и полуразложившихся трупов с вновь умершими, сопровождаемый стихотворным комментарием. В третьей четверти XIV в. миниатюры с подобным сюжетом проникают во Францию. Здесь новый вариант пляски смерти в 1375 г. создает член Парижского парламента, поэт и переводчик Жан Ле Февр. Хотя исходного варианта рукописной миниатюры этого произведения не сохранилось, его текстовой ряд был

воспроизведен на фресках кладбища францисканского монастыря невинноубиенных младенцев в Париже (1424–1425 гг.), которые были уничтожены в XVI в. Эти фрески во время английской оккупации Парижа перерисовал монах Джон Литгейт. Благодаря его гравюрным копиям они и известны в настоящее время.

(121) «Триумф смерти» — большая настенная фреска в галерее кладбища Кампо-Санто в Пизе. Предположительно датируется 13 50-1360 гг. Автор неизвестен. Сам сюжет «Триумфа смерти» пользовался в Италии гораздо большей популярностью, чем сюжет Пляски смерти.

(122) Здесь Фуко имеет в виду полотно Брейгеля, больше известное как «Безумная Грета» (1562).

(123) Брант Себастьян (1457–1521) — немецкий политический деятель, писатель, сатирик. Наибольшую известность Бранту принесло сочинение «Корабль дураков» (Das Narrenschifi), написанное в 1494 г. «Stultifera Navis» — название латинского перевода, опубликованного в 1497 г.; именно на нем основывалось французское переложение (см.: *Брант С.* Корабль дураков / Пер. с нем. Л. Пеньковского. М, 1989).

(124) Блюэ д'Арбер Бернар (1566–1606) — сначала пастух, затем граф де Пермиссион. Известен как автор брошюр, названных «Livres de professie», якобы написанных им при помощи ангела по внушению Бога. Сам д'Арбер не умел ни писать, ни читать. Брошюры содержали описание видений д'Арбера и пользовались большой популярностью.

(125) Общий госпиталь был учрежден указом от 26 апреля 1656 г. и предназначался для бедняков Парижа в независимости от пола, возраста и занятия. Общий госпиталь являлся скорее не медицинским, а «полуюридическим» учреждением, был неподвластен церкви и находился в непосредственном подчинении королю. Именно с организации Общего госпиталя, по мнению Фуко, начинается эпоха «великого заточения» безумцев (см.: *Фуко М.* История безумия в классическую эпоху. С. 63–93).

(126) Сальпетриер — лечебница вблизи Парижа. В 1656 г., как и Бисетр, была включена в состав Общего госпиталя. Именно здесь в отделении неврологии 25 июня 1984 г. Фуко скончался.

(127) Приют Сен-Лазар был основан в IX в. монахами-госпитальерами и был предназначен для прокаженных. В 1632 г. Винсент де Поль преобразовал его в лечебницу для осужденных и умалишенных. В 1794 г. Сен-Лазар становится тюрьмой для публичных девиц, а душевнобольных переводят в Бисетр.

(128) Св. Винсент де Поль (1581–1660) — католический святой, основатель конгрегации лазористов и дочерей милосердия, множества семинарий и школ, разработчик стройной системы подготовки священников.

(129) Приют Шарантон — основан в сентябре 1641 г., в 1944 г. был передан ордену госпитальеров Св. Иоанна Божьего. В 1797 г. в этот приют были переведены пациенты отделения душевнобольных из лечебницы Отель-Дье. В начале XIX в. директор Шарантона организовывает знаменитые — вызывавшие многочисленные протесты — спектакли, где безумцы выступали то актерами, то зрителями. В XIX в. именно в Шарантоне умирает Маркиз де Сад.

(130) Сущность этой тревоги Фуко разъясняет в «Истории безумия»: «В середине XVIII в. внезапно, всего за несколько лет, родилась эпидемия страха. Страх этот нашел выражение в понятиях медицины, однако в глубине своей зиждился на целой моральной мифологии. <…> Зло, которое общество попыталось исторгнуть из себя с помощью изоляции, вновь выходит на поверхность, приняв, к величайшему ужасу публики, фантастический облик. На наших глазах зарождается и ветвится во всех направлениях тематика некоего пагубного недуга, физического и нравственного одновременно; вследствие своей неоднозначности он соединяет в себе все смутные силы порчи и страха» *(Фуко М.* Исто рия безумия в классическую эпоху. С. 355).

(131) «Племянник Рамо» (ок. 1762) — философская повесть Дени Дидро.

(132) Райль Иоганн Христиан (1759–1813) — немецкий анатом, психиатр. В своей

книге «Рапсодии» (1803) настаивает на реформировании системы психиатрических учреждений. Он предлагает отказаться от термина «дом для умалишенных», заменив его понятием «госпиталь для психической терапии», и рисует картину функционирования такого госпиталя.

(133) Ср.: «Освобожденный от оков, он силою молчания прикован к провинности и стыду. Прежде он чувствовал себя наказанным и видел в наказании знак своей невиновности; избавленный от физической кары, он не может не чувствовать себя виноватым. Мученичество несло ему славу; освобождение должно его унизить» *(Фуко М.* История безумия. С. 486).

(134) Нравственный синтез выступал основой взаимодействия мира разума и мира безумия. В «Истории безумия» Фуко поясняет: «Операция, произведенная Пинелем, довольно сложна: ее цель — добиться нравственного синтеза, обеспечить последовательное перенесение этических норм из мира разума в мир безумия, причем проделать это путем общественной сегрегации, гарантирующей буржуазной морали фактически универсальный статус и позволяющей ей стать как бы правовой нормой, обязательной для любых форм сумасшествия» (Там же. С. 485).

(135) Приливы — чувство жара, возникающее в коже лица, шеи, груди и вызываемое резким расширением сосудов.

(136) Лёре и его методам «морального лечения» впоследствии (19 декабря 1973 г.) Фуко посвятит целую лекцию (см.: *Фуко М.* Психиатрическая власть. С. 170–202).

(137) Эту мысль Фуко развивает в «Рождении клиники», перенося ее теперь на более широкое пространство медицины в целом. Он пишет: «Именно потому, что западный человек не мог существовать в собственных глазах как объект науки, он не включался внутрь своего языка и образовывал в нем и через него дискурсивное существование лишь по отношению к своей деструкции: опыт „безумия“ дал начало всем видам психологии, и даже самой возможности существования психологии; от выделения места для смерти в медицинском мышлении родилась медицина, которая представляет собой науку об индивиде» *(Фуко М.* Рождение клиники. С 293).

(138) Проблема нищеты психологии и психиатрии широко дискутировалась в 1950-е годы. Ей был посвящен специальный номер журнала «Esprit» (Misere de la psychiatrie. La vie asilaire. Attitudes de la societe // Esprit. 20 annee. Decembre 1952), на который Фуко ссылается в первом издании работы (см.: *Foucault M.* Maladie mentale et personnalite. P., 1954. P. 109).

(139) Имеется в виду описанное выше критическое, практическое, энонсиативное и аналитическое сознание безумия. Более четко Фуко выделяет эти уровни в «Истории безумия» *(Фуко М.* История безумия в классическую эпоху. С. 176–180).

(140) Бейль Антуан Лауре Жес (1799–1858) — французский анатом и психиатр, ученик Эскироля. В своей диссертации на степень доктора медицины «Исследования о душевных болезнях», представленной в 1822 г., впервые описал прогрессивный паралич как отдельную болезнь и установил, что в его течении наблюдается параллелизм между параличом и помешательством. Анатомически общий паралич, на его взгляд, был связан с хроническим воспалением паутинной оболочки головного мозга. Эта болезнь, по мнению Бейля, отмечалась специфической психопатологической динамикой — от идей величия через состояние общего возбуждения (мании) к необратимому слабоумию. Бред величия и экзальтация разной степени выраженности при этом являются начальной точкой заболевания. В работе «Рождение клиники» Фуко упоминает Бейля уже в несколько ином контексте (см.: *Фуко М.* Рождение клиники. С. 9).

(141) В «Истории безумия» Фуко характеризует это отношение как отношение к своей собственной истине. Безумие при этом трактуется как первичная форма процесса, благодаря которому истина человека становится доступной научному познанию. Он пишет: «Таким образом, то, что отныне будет обозначаться как „психологическая истина человека“, берет на себя функции и смысл, которыми издавна наделялось неразумие…» *(Фуко М.* История безумия в классическую эпоху. С. 447).

Выходные данные

Мишель ФУКО
Психическая болезнь и личность

Перевод с французского, предисловие и комментарии О. А. Власовой

Перевод выполнен по изданию:
Foucault M. Maladie mentale et personnalite. P.: Presses Universitaires de France, 1954.

Спасибо, что скачали книгу в бесплатной электронной библиотеке Royallib.ru
Оставить отзыв о книге
Все книги автора